Kernrapport

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ

Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties



Kernrapport

Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ

Een landelijke meting van de implementatiegraad en een verdieping aan de hand van praktijksituaties

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2015

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever en financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectuitvoering
Jasper Nuijen, Bob van Wijngaarden, Marjolein Veerbeek, Gerdien Franx, Jolanda Meeuwissen en Marja van Bon-Martens

Projectleiding en eindredactie
Jasper Nuijen

Met medewerking van
Harry van Haastrecht
Heleen Huisman

Met dank aan
Begeleidingscommissie:
Edwin de Beurs (Stichting Benchmark GGZ; Universiteit Leiden), Fianne Bremmer (GGZ Nederland), Victor Buwalda (psychiater; Victas), Philippe Delespaul (Mondriaan; Universiteit Maastricht), Kim de Jong (Universiteit Leiden), Lotte Kits (LPGGz), Michiel Kooper (hoofd informatiemanagement, Arkin), Margot Metz (senior beleidsmedewerker sector Innovatie & Kwaliteit, GGz Breburg), Monique de Rooij (vrijgevestigd psychotherapeut; LVVP), Eric Ruhé (psychiater; UMC Groningen), Ype van Strien (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en Monique Strijdonck (GGZ Nederland)

Voor wat betreft de steekproeftrekking en het uitzetten van de enquête: de deelnemende instellingen, Stichting Benchmark GGZ (SBG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Productiebegeleiding
Martin Fraterman

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

ISBN/EAN 9789052537603

U kunt dit rapport downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met Artikelnummer **AF1378**

Inhoudsopgave

Samenvatting

1 Aanleiding en doel

Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ; inclusief verslavingszorg). Hierbij is de nadruk komen te liggen op ROM ten behoeve van benchmarking en is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het ondersteunen van individuele behandeltrajecten. Daarom heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut opdracht gegeven onderzoek uit te voeren met een tweeledig doel:

1) Het inventariseren van de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken.
2) Het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken waar ROM relatief goed geïmplementeerd is ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

De eerste doelstelling is bereikt op basis van een landelijk uitgezette enquête die is ingevuld door 843 behandelaren werkzaam bij instellingen en door 539 vrijgevestigde behandelaren. Voor de tweede doelstelling zijn in totaal 20 behandelaren en 20 cliënten(vertegenwoordigers) geïnterviewd in 12 verschillende praktijksituaties. Deze praktijksituaties zijn geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête. Zeven praktijksituaties betreffen (afdelingen van) zes instellingen en vijf vrijgevestigde praktijken. Bij de praktijksituaties in instellingen zijn aanvullend vier (team)managers en zes ROM-/kwaliteitscoördinatoren geïnterviewd.

2 Resultaten en conclusies

Een hoge gebruiksfrequentie, maar een beperkte implementatiegraad

Uit de enquête blijkt dat zowel de meeste behandelaren die werkzaam zijn bij instellingen als de meeste vrijgevestigde behandelaren aangeven ROM regelmatig tot altijd te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk. Echter, ondanks deze hoge gebruiksfrequentie, geven beide groepen behandelaren tegelijkertijd aan dat gemiddeld genomen het gebruik van ROM-scores *ter ondersteuning van individuele behandeltrajecten* niet hoog is, en dat cliënten hier volgens hen ook niet erg tevreden over zijn. Hierbij gaat het niet alleen om het gebruik op het niveau van de individuele behandelaar, maar ook om het gebruik in teamoverleg of intercollegiaal overleg. Verder geven de behandelaren aan dat verschillende randvoorwaarden voor een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument suboptimaal zijn ingevuld, waarbij het vooral gaat om:

- het gebruik van vragenlijsten die geschikt zijn voor het opstellen en evalueren van behandelplannen;
- het getraind zijn van behandelaren in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten; en
- een hoge mate van toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de ROM-scores voor cliënten.

Geconcludeerd wordt dat in het algemeen sprake is van een beperkte implementatiegraad van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en dat er derhalve de nodige ruimte bestaat om ROM beter te implementeren als een instrument dat behandelaren en cliënten kan ondersteunen gedurende individuele behandeltrajecten.

Kritiek en weerstand ten aanzien van ROM ten behoeve van benchmarking

Uit de enquête en interviews blijkt dat ROM ten behoeve van benchmarking vanwege haar verplichtend karakter ('top-down' benadering) weerstand heeft opgeroepen bij een substantieel deel van zowel de behandelaren werkzaam bij instellingen als vrijgevestigde behandelaren. Daarnaast geven betrekkelijk veel behandelaren uit beide groepen aan dat deze toepassing van ROM niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk, en dus ook maar beperkte waarde heeft als klinisch ondersteuningsinstrument. De kritiek is vooral gericht op de generieke aard van de voorgeschreven vragenlijsten en de standaard meetmomenten aan het begin en het einde van een behandeling, waarbij wordt opgemerkt dat de voormeting door de meeste geïnterviewde behandelaren wel nuttig wordt gevonden ter ondersteuning van de intake. De kritiek en weerstand ten aanzien van de 'verplichte' ROM kan ook deels de gevonden discrepantie tussen een hoge gebruiksfrequentie en een beperkte implementatiegraad verklaren: behandelaren 'ROMmen' wel in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar het gaat daarbij voor een aanzienlijk deel van hen alleen om het gebruik van de 'verplichte' ROM, een vorm van ROM waarvan relatief veel behandelaren aangeven dat die maar in beperkte mate de behandeling ondersteunt.

De implementatiegraad varieert tussen zorgdomeinen, instellingen, vrijgevestigde praktijken en behandelaren

Uit de enquête blijkt dat de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk binnen instellingen lager is voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Ouderen dan voor de zorgdomeinen Volwassenen kort, Volwassenen lang en Verslaving. De implementatiegraad verschilt ook tussen instellingen, tussen vrijgevestigde praktijken en tussen individuele behandelaren. Het is niet helemaal duidelijk welke factoren de implementatiegraad beïnvloeden, temeer daar het onderzoek hier niet primair op was gericht. Op het niveau van de behandelaar blijken onder andere beroepsgroep, omvang van aanstelling, leeftijd en geslacht niet of weinig relevant te zijn. Blijkbaar spelen andere (niet-gemeten) factoren een rol. De interviews wijzen onder andere op het belang van de attitude van de behandelaar ten aanzien van ROM en de mate waarin de behandelaar geschoold is in het gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Beïnvloedende factoren op het niveau van het zorgdomein

(over instellingen heen) en op het niveau van afzonderlijke instellingen of vrijgevestigde praktijken konden op basis van de enquête niet (goed) worden onderzocht. Uit de interviews bij instellingen komt onder andere naar voren dat het belangrijk is dat het management het belang van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument uitdraagt en deze toepassing van ROM faciliteert.

3 Aanknopingspunten voor een betere implementatie

Indien het willen verhogen van de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk als uitgangspunt wordt genomen, kunnen hiervoor op basis van de uitkomsten van de enquête en de verdiepende interviews bij de praktijksituaties aanknopingspunten worden aangedragen. Hierbij is input gegeven door de begeleidingscommissie, waarmee niet gezegd wordt dat de hieronder geformuleerde aanknopingspunten per definitie door alle leden worden gedragen.

Zorg voor een klinisch relevant en gebruiksvriendelijk ROM-systeem

Voor een betere implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire zorgproces is het belangrijk dat instellingen en vrijgevestigde praktijken gebruik maken van ROM-systemen die zo goed mogelijk aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk voor de cliëntgroepen die zij bedienen. De volgende aspecten komen hierbij naar voren uit dit onderzoek:

- *Klinisch relevante vragenlijsten*
  Het ROM-systeem zou een aanbod aan vragenlijsten moeten omvatten die volgens behandelaren en cliënten geschikt en noodzakelijk zijn voor het ondersteunen van de behandeling. Het kan hierbij gaan om stoornisspecifieke vragenlijsten gericht op het meten van symptoomvermindering, vragenlijsten die andere uitkomsten meten, zoals herstel, welbevinden en kwaliteit van leven, en vragenlijsten die procesinformatie geven, zoals informatie over de motivatie of de verwachtingen van een cliënt, of de kwaliteit van de relatie tussen behandelaar en cliënt. Het kan behulpzaam zijn dat experts per zorgdomein in ruime zin aanbevelingen doen over welke vragenlijsten klinisch relevant zijn.
- *Klinisch relevante meetmomenten*
  Het ROM-systeem zou de mogelijkheid moeten bieden om vragenlijsten af te nemen op de momenten gedurende de behandeling waarop de behandelaar en cliënt dit van belang achten. De standaard meetmomenten van ROM ten behoeve van benchmarking hoeven niet de enige of de meest belangrijke momenten te zijn in de behandeling.
- *Hoge gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid*
  Het ROM-systeem zou gebruiksvriendelijk moeten zijn zodat de afname van vragenlijsten en het gebruik van de uitkomsten in de behandeling optimaal worden gefaciliteerd. Na het invullen van een vragenlijst zouden de scores snel en eenvoudig beschikbaar moeten zijn voor zowel de behandelaar als de cliënt (of diens vertegenwoordiger). Daarbij dienen de uitkomsten op een zodanige manier gepresenteerd te worden (bv. via aantrekkelijk vormgegeven grafieken) dat ze ook voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) goed te begrijpen zijn.

Het is goed denkbaar dat veel instellingen en vrijgevestigde praktijken vooralsnog hebben ingezet op een ROM-systeem waarmee in ieder geval de verplichte percentages benchmarkgegevens worden verzameld, om gemaakte afspraken met zorgverzekeraars na te kunnen komen. Om tot een klinisch relevantere ROM te komen is in deze gevallen een verrijking van het monitoringsysteem nodig in de zin van het kunnen afnemen van aanvullende vragenlijsten op aanvullende meetmomenten, en uitkomsten die laagdrempelig gebruikt kunnen worden tijdens individuele behandeltrajecten.

In de begeleidingscommissie bestaat brede consensus om bij deze verrijking goed aan te sluiten bij de behoeften en wensen van cliënten(vertegenwoordigers) en behandelaren. De meningen zijn echter verdeeld over hoe deze verrijking verder gerealiseerd zou moeten worden. Een benadering is om de realisatie van een klinisch relevante(re) ROM te laten gebeuren middels de uitbouw of uitbreiding van de bestaande ROM-systematiek ten behoeve van benchmarking. Achterliggende overwegingen die hierbij genoemd worden zijn de beperkte financiële middelen van zorgaanbieders en de wenselijkheid om bij de toepassing van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument wel enige mate van landelijke afstemming te bewerkstelligen (zonder lokale of regionale variatie uit te willen sluiten). Een andere benadering die vanuit de begeleidingscommissie naar voren is gebracht betreft het op lokaal of regionaal niveau ontwikkelen c.q. implementeren van aparte ROM-systemen ter ondersteuning van het primaire proces, die geheel losstaan van het landelijk gestandaardiseerde monitoringsysteem ten behoeve van benchmarking. De achterliggende visie hierbij is dat ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en ROM als benchmark te verschillende doeleinden zouden dienen om met elkaar verenigd te worden in één en hetzelfde systeem. Bij beide benaderingen speelt de uitdaging om ervoor te waken dat cliënten en behandelaren niet te veel belast worden door de afname van een veelvoud aan vragenlijsten op verschillende meetmomenten.

Cliënten behoeven een goede uitleg over ROM als klinisch ondersteuningsinstrument, en een structurele en begrijpelijke terugkoppeling van de ROM-uitkomsten gedurende de behandeling

Cliënten zouden goed moeten worden geïnformeerd over wat ROM inhoudt, welke vragenlijsten worden afgenomen, en welke meerwaarde ROM kan hebben voor hun behandeling. Dit zal hun bereidheid om de vragenlijsten in te vullen waarschijnlijk verhogen. In potentie krijgen cliënten door ROM meer inzicht in het verloop van de behandeling en het herstel, waardoor zij hierin meer zelf de regie kunnen voeren. Een voorwaarde hiervoor is wel dat behandelaren de uitkomsten van de vragenlijsten op structurele en begrijpelijke wijze terugkoppelen aan cliënten en met hen bespreken wat dit betekent voor de behandeling (waardoor ROM bijdraagt aan 'shared decision making'). Ook is het gebruik van vragenlijsten die procesinformatie geven van belang. Uit de interviews met cliënten komt bijvoorbeeld naar voren dat zij vragenlijsten over de kwaliteit van de behandelrelatie waarderen: het helpt om hun ervaringen in dit opzicht te bespreken met hun behandelaar. De eigen regie van cliënten zou verder nog vergroot kunnen worden door hen laagdrempelige toegang te geven tot hun ROM-scores.

Behandelaren zouden het nut en gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten leren kennen en ervaren

Zowel uit de enquête als uit de interviews komt naar voren dat de kennis van behandelaren over hoe ROM te gebruiken gedurende de behandeling, en de meerwaarde hiervan, kan worden vergroot. Meer kennis zou de attitude van behandelaren ten aanzien van ROM positief kunnen beïnvloeden en eraan kunnen bijdragen dat zij de ROM-scores daadwerkelijk gebruiken en bespreken met cliënten gedurende de behandeling. Door het nut hiervan vervolgens zelf te ervaren, zou de attitude van behandelaren verder positief beïnvloed kunnen worden. Deskundigheidsbevordering kan plaatsvinden door het trainen en bijscholen van behandelaren en zou zich dienen te richten op meerdere aspecten waaronder: 1) het inzetten van de juiste vragenlijsten op de juiste momenten in de behandeling, 2) de interpretatie van de scores ter ondersteuning van individuele behandeltrajecten, 3) het bespreken van de uitkomsten met de cliënt voor gezamenlijke besluitvorming over het vervolg van de behandeling, en 4) het bespreken van scores in teamverband of intercollegiaal overleg, ook op geaggregeerd niveau, om de geboden zorg te verbeteren. Deze aspecten zouden ook onderdeel kunnen uitmaken van de opleiding van toekomstige behandelaren zodat zij vroeg vertrouwd en competent raken met ROM en hoe ROM ingezet kan worden als een ondersteuningsinstrument in het primaire proces.

Instellingen en vrijgevestigde groepspraktijken zouden het belang van een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten uitdragen en dit ook daadwerkelijk faciliteren

In de organisatie van instellingen en vrijgevestigde groepspraktijken zou meer aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling c.q. implementatie van klinisch relevante en gebruiksvriendelijke ROM-systemen voor de eigen cliëntgroepen. In de interviews worden verscheidene organisatorische aspecten genoemd die hierbij van belang zijn:

- Hanteer bij het ontwikkel- en implementatieproces een ‘bottom-up’ benadering in de zin dat behandelaren en cliënten(vertegenwoordigers) – als ‘primaire’ gebruikers van ROM – intensief betrokken zijn. Zij kunnen het beste aangeven welke vragenlijsten klinisch relevant en gebruiksvriendelijk zijn, wat belangrijke meetmomenten zijn in de behandeling, en aan welke eisen een ROM-systeem moet voldoen om gebruiksvriendelijk en toegankelijk te kunnen worden toegepast in het primaire proces.
- Investeer in deskundigheidsbevordering (via training, bijscholing, intervisie, etc.) van behandelaren zodat zij de benodigde kennis en vaardigheden hebben om ROM te gebruiken als klinisch ondersteuningsinstrument.
- Motiveer en ondersteun behandelaren om ROM te gebruiken ter ondersteuning van het primair proces. In de interviews worden hiervoor verschillende manieren aangedragen. Zo zou behandelaren voldoende tijd moeten worden geboden om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren en te bespreken met cliënten tijdens de behandeling. Een ander punt dat naar voren wordt gebracht is dat het management van instellingen duidelijk zou moeten uitdragen dat ROM wordt toegepast ter ondersteuning van de behandeling, en niet alleen ten behoeve van benchmarking.

Ook het aanstellen van voortrekkers op behandelafdelingen kan behulpzaam zijn omdat zij kunnen fungeren als laagdrempelig aanspreekpunt en het gebruik van ROM ter ondersteuning van het primaire proces kunnen monitoren en begeleiden. Tot slot zou het gebruik van ROM-scores om vergelijkingen te maken tussen individuele behandelaren of behandelteams met als doel om hiervan te leren, dienen te gebeuren in een sfeer van vertrouwen, zonder afrekencultuur.

Ook het organiseren van onderlinge samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders wat betreft de ontwikkeling en implementatie van klinisch relevante en gebruiksvriendelijke ROM-systemen lijkt waardevol om van elkaar te leren en elkaar te inspireren. Daarbij kan het behulpzaam zijn om - zoals in het huidige onderzoek is gedaan op een aantal plekken - de opgedane kennis en ervaring bij instellingen en vrijgevestigde praktijken die vooroplopen wat betreft de implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument te verzamelen en te verspreiden. Dergelijke samenwerking en kennisuitwisseling vindt reeds plaats binnen bestaande ROM-samenwerkingsverbanden van instellingen (zoals SynQuest en RoQua).

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)[1]. De nadruk is daarbij komen te liggen op het verzamelen van ROM-gegevens voor het genereren van vergelijkings- en verantwoordingsinformatie. Er is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het bieden van ondersteuning aan behandelaren en cliënten bij het verbeteren van individuele behandeltrajecten. Daarom heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut opdracht gegeven onderzoek uit te voeren met een tweeledig doel:

1) Het inventariseren van de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken.
2) Het beschrijven van praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken waar ROM relatief goed geïmplementeerd is in de dagelijkse zorgpraktijk, zowel vanuit het behandelaarsperspectief als vanuit het cliëntperspectief, en het inventariseren van de lessen die hieruit kunnen worden geleerd.

1.2 Methode

De eerste doelstelling is bereikt via het landelijk uitzetten van enquêtes onder behandelaren werkzaam bij instellingen en onder vrijgevestigde behandelaren; de tweede doelstelling door het houden van semigestructureerde interviews met behandelaren en cliënten(vertegenwoordigers). De praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken zijn geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête. In geval van instellingen zijn aanvullend interviews gehouden met (team)managers en ROM-/kwaliteitscoördinatoren.

1 Inclusief verslavingszorg.

Hoe zag de enquête eruit?

De enquête bestond uit achtereenvolgens:

- Een voorvraag naar de mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk, met vijf antwoordcategorieën lopend van ‘nooit’ tot ‘altijd’. Als men op deze vraag aangaf ROM nooit te gebruiken, volgde een open vraag naar de reden(en) hiervoor.
- Stellingen over mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk.[2,3] De stellingen hebben vijf antwoordcategorieën, lopend van ‘helemaal oneens’ (score 1) tot ‘helemaal eens’ (score 5). De stellingen gaan over het gebruik van ROM als ondersteuningsinstrument voor het primaire proces (inclusief het gebruik in intercollegiaal overleg of teamverband), maar ook over randvoorwaarden voor het gebruik en de houding ten aanzien van ROM.
- Vragen naar achtergrondkenmerken van behandelaren, waaronder de cliëntgroepen waarmee men werkt, de setting waarin men werkt, beroep, leeftijd en geslacht.
- Een afsluitende open vraag voor opmerkingen naar aanleiding van de enquête.

Hoe zagen de interviews eruit?

In de semigestructureerde interviews werd gevraagd naar:

- Hoe wordt ROM gebruikt ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, en wat zijn de ervaringen hiermee?
- Hoe is men op het punt gekomen waar men nu is ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument? Welke hobbels is men tegengekomen en hoe zijn deze overwonnen?
- Wat zijn verdere ontwikkelingen voor de toekomst ten aanzien van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument?
- Welke tips kunnen gegeven worden aan andere instellingen c.q. vrijgevestigde praktijken?

De accenten van de interviews varieerden afhankelijk van de persoon die is geïnterviewd (behandelaar, cliënt(vertegenwoordiger), (team)manager of ROM-/kwaliteitscoördinator).

2 Het aantal stellingen varieerde van 16 (vrijgevestigden met een solopraktijk) tot 22 (behandelaren werkzaam bij GGZ-instellingen) stellingen, omdat bijvoorbeeld vragen naar het gebruik van ROM in teamverband en de rol van het management niet relevant zijn voor solopraktijken.

3 De respondenten die op de voorvraag ‘nooit’ antwoorden kregen de stellingen niet voorgelegd, en werden automatisch doorgeleid naar de vragen over achtergrondkenmerken.

1.3 Leeswijzer

In dit kernrapport worden de hoofdbevindingen van het onderzoek gepresenteerd. De belangrijkste resultaten uit de enquêtes worden besproken in Hoofdstuk 2 (behandelaren werkzaam bij instellingen) en Hoofdstuk 3 (vrijgevestigde behandelaren). De hoofdlijnen uit de interviews bij praktijksituaties worden besproken in Hoofdstuk 4 (instellingen) en Hoofdstuk 5 (vrijgevestigde praktijken). Alle hoofdstukken beginnen met een samenvatting. Het rapport sluit af met conclusies, aanknopingspunten voor een betere implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces, en suggesties voor vervolgonderzoek (Hoofdstuk 6). Bij het kernrapport behoort een achtergrondrapport, dat gedetailleerd ingaat op respectievelijk de toegepaste onderzoeksmethoden (deel A), de resultaten van de enquêtes (deel B), en de verslagen van de interviews bij de praktijksituaties (deel C).

2 Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in GGZ-instellingen

ROM wordt door de meeste behandelaren regelmatig tot altijd gebruikt in de dagelijkse zorgpraktijk, maar er bestaat volop ruimte voor een betere implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument

- Voor alle zorgdomeinen geldt dat de overgrote meerderheid van de behandelaren regelmatig tot altijd gebruik maakt van ROM in hun dagelijkse zorgpraktijk, variërend van 80% in het zorgdomein Volwassenen lang tot bijna 90% in het zorgdomein Volwassenen kort. Kijkend naar de minderheid van de behandelaren die ROM nooit gebruiken (variërend van 8% in het zorgdomein Kinderen en jeugd tot 23% in het zorgdomein Ouderen), is veruit de meest genoemde reden hiervoor dat het niet tot iemands takenpakket behoort.
- Kijkend naar de 'ROM-gebruikers', dan valt op dat zij in alle zorgdomeinen gemiddeld genomen relatief laag scoren op veel van de stellingen die gaan over de verschillende elementen van een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Dit geeft aan dat in het algemeen de nodige ruimte aanwezig is om ROM zodanig te implementeren dat het daadwerkelijk ondersteuning biedt voor het primaire proces. Aspecten die er volgens behandelaren in (bijna) alle zorgdomeinen in negatieve zin uitspringen zijn: het gebruik van ROM-scores om gezamenlijk met cliënten de behandeling te evalueren en eventueel bij te stellen, het gebruik van ROM-scores bij cliëntbesprekingen in teamoverleg of intercollegiaal overleg, de geschiktheid van vragenlijsten voor het opstellen en evalueren van behandelplannen, het getraind zijn in het gebruik van ROM-scores ter ondersteuning van het primaire proces, de tevredenheid van cliënten over het gebruik van ROM ter ondersteuning van hun behandeling en de toegankelijkheid van de ROM-scores voor cliënten.
- Circa een vijfde van de respondenten heeft antwoord gegeven op de open slotvraag van de enquête. De meest genoemde antwoorden zijn kritisch ten aanzien van de 'verplichte' ROM ten behoeve van benchmarking. Aangegeven wordt dat de afname van de voorgeschreven generieke vragenlijsten aan het begin en het einde van een behandeltraject niet goed aansluit bij het primaire proces, en hier dus ook weinig meerwaarde voor heeft. Dit kan ook (deels) een verklaring vormen voor de gevonden discrepantie tussen een hoge gebruiksfrequentie en een beperkte implementatiegraad: behandelaren 'ROMmen' wel in hun dagelijkse praktijk, maar het gaat daarbij voor een aanzienlijk deel van hen om de 'verplichte' ROM, een vorm van ROM waarvan relatief veel behandelaren aangeven dat die maar in beperkte mate de behandeling ondersteunt.

De implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk varieert tussen zorgdomeinen

- De behandelaren in de zorgdomeinen Volwassenen lang en kort, en in wat mindere mate de behandelaren in het zorgdomein Verslaving, scoren gemiddeld het hoogst wat betreft de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Vooral de behandelaren in het zorgdomein Ouderen, en in iets mindere mate de behandelaren in het zorgdomein Kinderen en jeugd, scoren op veel stellingen significant lager dan de behandelaren in één of meer van de andere zorgdomeinen. Op basis van de enquête kan geen goed zicht worden verkregen op verklaringen voor deze verschillen tussen zorgdomeinen.

Binnen elk zorgdomein varieert de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk tussen behandelaren en tussen instellingen

- Binnen de afzonderlijke zorgdomeinen is sprake van een grote spreiding in scores, zowel op het niveau van de individuele stellingen als op het niveau van de samenvattende schaal- en totaalscores. Er is een aanzienlijke groep behandelaren die laag scoort (2,0 of minder), maar ook een substantiële groep die juist hoog scoort (4,0 of meer). Ook wanneer gekeken wordt naar de behandelaren die werkzaam zijn bij dezelfde instelling, blijken er duidelijke verschillen tussen behandelaren te bestaan.
- De variatie in scores binnen de zorgdomeinen hangt niet of nauwelijks samen met de gemeten achtergrondkenmerken van de behandelaren (beroepsachtergrond, setting, omvang van de aanstelling, leeftijd en geslacht). Het (GZ-)psycholoog zijn (zorgdomein Volwassenen kort) en een jongere leeftijd hebben (zorgdomein Kinderen en jeugd) gaan gepaard met iets hogere scores, maar deze relaties zijn, hoewel statistisch significant, zwak. Blijkbaar zijn andere (niet-gemeten) kenmerken van behandelaren van invloed op de mate van implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument.
- Per zorgdomein zijn er verschillen tussen de gemiddelde scores per instelling. Dit geeft aan dat blijkbaar ook instellingskenmerken van invloed zijn op de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. In het huidige onderzoek was het alleen mogelijk om binnen de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Volwassenen kort de invloed van de grootte van een instelling te onderzoeken: alleen binnen het eerstgenoemde zorgdomein blijken hogere scores samen te hangen met het werkzaam zijn bij een middelgrote/kleine instelling.

2.1 Werving en respons van behandelaren werkzaam bij instellingen

- Voor vijf zorgdomeinen (Kinderen en jeugd; Volwassenen kort; Volwassenen lang; Ouderen; en Verslaving) is een steekproef van in totaal 67 instellingen getrokken. Per zorgdomein werd beoogd een landelijk representatieve steekproef van behandelaren te verkrijgen waarin behandelaren van instellingen die verschillen qua type en omvang (groot, middelgroot en klein) naar rato zijn vertegenwoordigd.
- Verscheidene instellingen ervoeren niet de ruimte om deel te nemen. De redenen die zij hiervoor gaven waren: organisatieveranderingen, bezuinigingen en/of een hoge productiedruk. Daarom zijn lopende het wervingsproces 19 extra instellingen benaderd om de steekproeven te vullen.
- Uiteindelijk hebben 44 instellingen deelgenomen, bij wie in totaal 2.295 willekeurig gekozen behandelaren[4] zijn benaderd om de enquête in te vullen. Van hen hebben 843 behandelaren (37%) gerespondeerd (tussen medio september en begin december 2014).
- De aantallen respondenten en responspercentages zijn voor de zorgdomeinen Kinderen en Jeugd (N= 223; 45%) en Volwassenen kort (N= 272; 39%) hoger dan voor de zorgdomeinen Volwassenen lang (N= 111; 33%), Ouderen (N= 105; 30%) en Verslaving (N= 132; 30%).
- De beoogde verdeling van de respondenten over de drie omvangcategorieën van instellingen (groot, middelgroot en klein) is gerealiseerd voor het zorgdomein Kinderen en jeugd en het zorgdomein Volwassenen kort. Gecombineerd met de relatief hoge responspercentages (resp. 45% en 39%), is het niet waarschijnlijk dat de resultaten voor deze twee zorgdomeinen vertekend zijn door het onderzoeken van niet-representatieve steekproeven van behandelaren.
- Voor de zorgdomeinen Volwassenen lang en Ouderen zijn behandelaren die werkzaam zijn bij grote, geïntegreerde instellingen enigszins oververtegenwoordigd in de steekproeven (t.o.v. degenen die werkzaam zijn in middelgrote instellingen). Wat betreft het zorgdomein Verslaving zijn alleen behandelaren die werkzaam zijn bij grote en kleine instellingen in de steekproef vertegenwoordigd, en niet degenen die werken bij middelgrote instellingen. De verwachting is dat deze 'afwijkingen' qua steekproefsamenstelling de resultaten voor deze zorgdomeinen niet sterk beïnvloed zullen hebben omdat de resultaten sowieso vooral bepaald worden door de (grotere aantallen) behandelaren van grote instellingen.

4 Psychiaters/andere artsen, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen/SPV-en en orthopedagogen.

2.2 Achtergrondkenmerken respondenten

- De leeftijds- en geslachtsverdeling van de respondenten verschilt tussen de zorgdomeinen. Zo zijn de respondenten in het zorgdomein Kinderen en jeugd vaker vrouw (86%) en vaker jonger dan 45 jaar (70%) in vergelijking met de respondenten in het zorgdomein Volwassenen lang (resp. 64% en 37%) en het zorgdomein Ouderen (resp. 62% en 34%).
- Er bestaan duidelijke verschillen tussen de zorgdomeinen qua beroepsachtergrond van de respondenten. Zo zijn de meeste respondenten in de zorgdomeinen Volwassenen Lang en Ouderen verpleegkundige/sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) (resp. 65% en 58%), terwijl de meeste respondenten in de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Volwassenen kort (GZ-)psycholoog of psychotherapeut zijn (resp. 65% en 49%).
- Voor alle zorgdomeinen geldt dat veruit de meerderheid van de respondenten aangeeft vooral in de gespecialiseerde GGZ te werken, variërend van 80% (zorgdomein Volwassen lang) tot 97% (zorgdomein Ouderen).
- In totaal gaf ruim 30% van de respondenten aan (ook) hulp te bieden aan andere cliëntgroepen dan het zorgdomein waartoe men is ingedeeld. Dit geldt vooral voor de respondenten in de zorgdomeinen Ouderen en Verslaving. Het is mogelijk dat een deel van deze respondenten de enquête heeft ingevuld met in hun achterhoofd (ook) een ander zorgdomein dan het zorgdomein waar men is ingedeeld. Indien dit het geval is, zal dit waarschijnlijk geleid hebben tot een overschatting van de werkelijke scores voor de zorgdomeinen Ouderen en Verslaving.

2.3 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

- Voor alle vijf zorgdomeinen geeft de grote meerderheid van de respondenten op de voorvraag aan ROM te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk, variërend van 77% (zorgdomein Ouderen) tot 92% (zorgdomein Kinderen en jeugd). Kijkend naar deze ROM-gebruikers, dan doet 80% (zorgdomein Volwassenen lang) tot bijna 90% (zorgdomein Volwassenen kort) dit ten minste op regelmatige basis.
- Van de respondenten geeft 8% (zorgdomein Kinderen en jeugd) tot 23% (zorgdomein Ouderen) aan ROM in de dagelijkse zorgpraktijk nooit te gebruiken. Veruit de meest genoemde reden hiervoor is dat het niet tot iemands takenpakket behoort. Minder vaak genoemde redenen zijn het (tot voor kort) onbekend zijn met ROM en het van mening zijn dat ROM geen meerwaarde heeft.
- Onder de 'nooit'-gebruikers is een oververtegenwoordiging van verpleegkundigen/SPV'en (alle zorgdomeinen) en van psychiaters/verslavingsartsen (alleen zorgdomeinen Volwassenen kort en Verslaving). Dit wijst erop dat 'ROMmen' voor deze beroepsgroepen verhoudingsgewijs wat vaker geen onderdeel is van hun standaard werkzaamheden. Niettemin geldt ook voor deze disciplines dat veruit de meerderheid van de respondenten aangeeft ROM toe te passen.

2.4 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk

Scores op de stellingen

- Gemiddeld genomen scoren de respondenten in de meeste zorgdomeinen op veel van de 22 stellingen relatief laag, oftewel vlak tot ver onder het 'neutrale' schaalmidden.[5] Dit betekent dat ROM gemiddeld niet in hoge mate is geïmplementeerd als ondersteuningsinstrument voor het primaire proces. Ook is voor veel stellingen het percentage respondenten dat het volledig oneens is met de stelling aanzienlijk (20% of meer). Stellingen die door de respondenten in (bijna) alle zorgdomeinen gemiddeld laag (<3,0) worden gescoord hebben betrekking op het getraind zijn/worden in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten, het samen met de cliënt evalueren en eventueel bijstellen van de behandeling aan de hand van ROM-scores, het gebruik van ROM-scores bij cliëntbesprekingen in teamoverleg of intercollegiaal overleg, de geschiktheid van vragenlijsten voor het opstellen en evalueren van behandelplannen, de tevredenheid van cliënten over het gebruik van ROM ter ondersteuning van hun behandeling en de toegankelijkheid van de ROM-scores voor cliënten.
- Alleen de stelling die gaat over het voldoende kennis hebben om ROM-scores te kunnen interpreteren wordt voor alle zorgdomeinen ruim boven het 'neutrale' schaalmidden beoordeeld door de respondenten, variërend van 3,6 (zorgdomein Ouderen) tot 4,1 (zorgdomein Volwassenen lang). Daarnaast scoren de respondenten in de verschillende zorgdomeinen gemiddeld vrij hoog (variërend van 3,5 tot 4,0) op de stelling die betrekking heeft op het voorafgaand aan hun behandeling informeren van cliënten over het doel en nut van ROM, met uitzondering van de respondenten voor het zorgdomein Ouderen (2,8).
- De respondenten in de zorgdomeinen Volwassenen lang en kort geven relatief de meest positieve beoordelingen: hun gemiddelde scores zijn het hoogst op respectievelijk 15 stellingen (variërend van 2,4 tot 4,1) en 10 stellingen (variërend van 2,4 tot 4,0). Voor de respondenten in het zorgdomein Verslaving geldt dit voor zes stellingen (met gemiddelde scores variërend van 2,8 tot 4,0). Er bestaan geen significante verschillen tussen deze drie zorgdomeinen, uitgezonderd dat de respondenten in het zorgdomein Volwassenen kort de mate van eenvoud en aantrekkelijkheid van de output vanuit het ROM-systeem significant hoger beoordelen dan de respondenten in het zorgdomein Verslaving.
- De respondenten in het zorgdomein Ouderen scoren bijna over de gehele linie het laagst, waarbij hun gemiddelde scores op 14 stellingen (variërend van 1,8 tot 3,6) significant lager zijn dan die van de respondenten in één of meer van de andere zorgdomeinen. Ook de respondenten in het zorgdomein Kinderen en Jeugd springen eruit in negatieve zin: zij scoren gemiddeld op 10 stellingen (variërend van 1,8 tot 2,9) significant lager dan de respondenten voor één of meer van de

5 Neutrale schaalmidden: 'niet mee eens, niet mee oneens', score 3 op de schaal van 1 tot 5.

andere zorgdomeinen. Wel scoren zij op twee stellingen significant hoger dan de respondenten in het zorgdomein Ouderen: 'Ik heb voldoende kennis om de ROM-scores te kunnen interpreteren' (gemiddelde scores: 4,0 vs. 3,6) en 'Onze cliënten hebben een laagdrempelige toegang tot hun ROM-scores' (gemiddelde scores: 2,4 vs. 1,8).

- De enquête geeft niet direct zicht op factoren die een rol spelen bij deze verschillen tussen zorgdomeinen. Gedacht zou onder andere kunnen worden aan meer ervaring met en kennis over het afnemen van vragenlijsten in de volwassenenzorg, de beschikbaarheid van meer (geschikte) vragenlijsten in de volwassenenzorg, minder digitale vaardigheden en/of meer cognitieve beperkingen onder oudere cliënten, dat ROM-vragenlijsten ten behoeve van benchmarking in een later stadium werden vastgesteld voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Ouderen, en de transitie van de jeugdzorg, inclusief jeugd-GGZ, naar de gemeente per 1 januari 2015.
- Voor drie stellingen worden geen significante verschillen gevonden tussen de vijf zorgdomeinen: 'De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn valide en betrouwbaar' (gemiddelde scores variëren tussen 2,9-3,1), 'De vragenlijsten in ons ROM-systeem zijn geschikt voor het meten van verandering bij de cliëntgroep(en) waar ik het meest mee werk' (gemiddelde scores variëren tussen 2,8-3,0) en 'De kwaliteit van het ROM-systeem en het gebruik van ROM voor het primaire proces wordt door ons management bewaakt' (gemiddelde scores variëren tussen 3,0-3,3).
- Binnen de afzonderlijke zorgdomeinen is sprake van een grote spreiding in scores op de stellingen. Over het algemeen is er een aanzienlijke groep behandelaren die laag scoort op een stelling (2,0 of minder), maar ook een substantiële groep die juist hoog scoort (4,0 of meer). Ook wanneer wordt gekeken naar de behandelaren die werkzaam zijn bij dezelfde instellingen, blijven er duidelijk verschillen tussen behandelaren bestaan.

Schaalscores en totaalscore

- Op basis van de 22 stellingen zijn vier samenvattende schalen samengesteld en is een totaalscore voor alle stellingen samen berekend (alle met een schaalscore lopend van 1 tot 5). De schalen gaan over:
  1) het individuele gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk;
  2) het gebruik van ROM in het team en organisatorische randvoorwaarden;
  3) de bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten; en
  4) de toegankelijkheid van ROM voor de cliënt en de behandelaar.
- Hetzelfde beeld als bij de individuele stellingen komt naar voren:
  - De gemiddelde schaal- en totaalscores zijn over het algemeen laag, rond het 'neutrale' schaalmidden tot een stuk daaronder.
  - Net als bij de stellingen hebben de respondenten in het zorgdomein Ouderen gemiddeld de laagste schaal- en totaalscores. Deze zijn ook significant lager dan die van de respondenten voor de zorgdomeinen Volwassenen lang, Volwassenen kort (uitgezonderd schaal 2) en Verslaving (uitgezonderd schalen 2 en 3).

- De gemiddelde schaal- en totaalscores van de respondenten in het zorgdomein Kinderen en jeugd zijn vrijwel even laag als die van de respondenten in het Zorgdomein Ouderen. Een uitzondering is dat zij op schaal 4 significant hoger scoren (net als respondenten voor de andere zorgdomeinen), wat er op zou kunnen wijzen dat de toegankelijkheid van ROM-scores voor oudere cliënten extra problematisch is.
- De gemiddelde schaal- en totaalscores verschillen niet significant tussen de zorgdomeinen Volwassenen lang, Volwassenen kort en Verslaving.
- Binnen de afzonderlijke zorgdomeinen is er sprake van een grote spreiding qua schaal- en totaalscores. Op elke schaal per zorgdomein scoort een substantieel deel van de respondenten laag (2,0 of minder), terwijl een ander substantieel deel hoog scoort (4,0 of meer).

2.5 Welke achtergrondkenmerken hangen samen met de schaalscores en de totaalscore?

- Univariate analyses per zorgdomein laten enkele statistisch significante, maar zwakke verbanden zien:
    - In het zorgdomein Volwassenen kort hangt het (GZ-)psycholoog zijn samen met hogere schaal- en totaalscores (uitgezonderd schaal 2).
    - In het zorgdomein Kinderen en jeugd bestaat er een relatie tussen schaal- en totaalscores en de leeftijd van de behandelaar: hoe jonger hoe hoger de scores op de schalen 3 en 4, en hoe hoger de totaalscore.
- Andere achtergrondkenmerken van de respondenten (setting, omvang van de aanstelling en geslacht) blijken niet samen te hangen met schaal- en totaalscores, dit geldt voor alle zorgdomeinen.
- Deze bevindingen geven aan dat andere (niet-gemeten) kenmerken van behandelaren bepalend zijn voor het verklaren van de variatie in scores op de enquête, oftewel voor de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces.
- Per zorgdomein zijn er verschillen tussen de gemiddelde scores per instelling. Dit geeft aan dat blijkbaar ook instellingskenmerken van invloed zijn op de implementatiegraad van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Volwassenen kort hebben voldoende respondenten deelgenomen om een vergelijking te kunnen maken tussen de respondenten die werkzaam zijn bij grote instellingen en degenen die werkzaam zijn bij middelgrote/kleine instellingen. Voor het zorgdomein Kinderen en jeugd blijkt de laatstgenoemde groep significant hogere schaal- en totaalscores te behalen dan de eerstgenoemde groep, terwijl voor het zorgdomein Volwassenen kort dit verschil niet wordt gevonden.

2.6 Antwoorden op de open slotvraag

- Een vijfde (21%; N= 174) van alle respondenten (alle zorgdomeinen tezamen genomen) heeft één of meer opmerkingen bij de open slotvraag gemaakt, doorgaans over ROM (in totaal 196 opmerkingen) en minder vaak over de enquête zelf (in totaal 39 opmerkingen).
- De meeste opmerkingen over ROM zijn kritisch van aard, waarbij het verplichte karakter van ROM ten behoeve van benchmarking het vaakst wordt genoemd. Aangegeven wordt dat deze vorm van ROM, waarbij voorgeschreven generieke vragenlijsten worden afgenomen aan het begin en einde van een behandeltraject, niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk, en dus ook beperkte meerwaarde heeft als klinisch ondersteuningsinstrument. Deze kritiek kan ook (deels) een verklaring vormen voor de gevonden tegenstelling tussen een hoge gebruiksfrequentie en een beperkte implementatiegraad: behandelaren gebruiken ROM wel in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar het gaat daarbij voor een aanzienlijk deel van hen om de 'verplichte' ROM, een vorm van ROM waarvan relatief veel behandelaren aangeven dat die maar in beperkte mate ondersteuning biedt gedurende de behandeling.
- Een ander relatief vaak genoemd kritiekpunt is dat (sommige) ROM-vragenlijsten belastend kunnen zijn voor cliënten vanwege hun (acute) klachten of cognitieve beperkingen, of vanwege de lengte van de vragenlijst, het type vragen dat wordt gesteld, of de formulering daarvan.
- De respondenten met kritische opmerkingen over ROM zijn ouder en scoren lager op de stellingen uit de enquête dan degenen die geen kritische opmerkingen hebben gemaakt.
- Een aantal respondenten geeft verbetersuggesties om ROM meer van nut te laten zijn voor het primaire proces: het bieden van voldoende ondersteuning aan behandelaren (o.a. in termen van tijd en opleiding/training), inspraak van behandelaren bij de keuze van ROM-vragenlijsten, het digitaal afnemen van vragenlijsten zodat resultaten tijdig beschikbaar zijn, het meten van aanvullende uitkomsten (o.a. kwaliteit van de behandelrelatie, comorbide problematiek), en het afnemen van de vragenlijsten op belangrijke momenten in de behandeling.
- De meest genoemde opmerkingen over de enquête zijn dat scores op de stellingen kunnen verschillen naar gelang de specifieke ROM-vragenlijst(en) waarvan wordt uitgegaan (sommige lijsten hebben meerwaarde voor het primaire proces, andere niet), en dat vragen of antwoordcategorieën ontbreken of onduidelijk zijn.

3 Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in vrijgevestigde praktijken

ROM wordt door de meeste vrijgevestigden regelmatig tot altijd gebruikt in de dagelijkse zorgpraktijk, maar er bestaat volop ruimte voor een betere implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument

- Veruit de meerderheid van de vrijgevestigde behandelaren (80% van degenen met een solopraktijk; 86% van degenen werkzaam in een groepspraktijk) maakt regelmatig tot altijd gebruik van ROM in hun dagelijkse zorgpraktijk. Kijkend naar de minderheid van vrijgevestigden in solopraktijken die ROM nooit gebruikt (12%), dan is de meest genoemde reden hiervoor dat men de meerwaarde er niet van inziet. Onder vrijgevestigden in een groepspraktijk is het percentage 'nooit-gebruikers' lager (5%), en allen zijn bezig met het invoeren van ROM.
- Kijkend naar de 'ROM-gebruikers', dan valt op dat zij gemiddeld genomen betrekkelijk laag scoren op veel van de stellingen die gaan over de verschillende elementen van een goede implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Dit geeft aan dat in het algemeen de nodige ruimte bestaat om ROM zodanig te implementeren dat het daadwerkelijk een meerwaarde heeft voor het primaire proces. Aspecten die door de vrijgevestigden (zowel in solopraktijken als in groepspraktijken) lager worden gescoord zijn: het gebruik van ROM-scores om gezamenlijk met de cliënt de behandeling te evalueren en eventueel bij te stellen, de geschiktheid van vragenlijsten voor het opstellen en evalueren van behandelplannen en de tevredenheid van cliënten over het gebruik van ROM ter ondersteuning van hun behandeling. Vrijgevestigden in een groepspraktijk scoren laag op het gebruik van ROM-scores bij cliëntbesprekingen in teamoverleg of intercollegiaal overleg.
- Ongeveer een derde van de respondenten heeft de open slotvraag van de enquête beantwoord. De meest genoemde antwoorden zijn kritisch ten aanzien van de 'verplichte' ROM ten behoeve van benchmarking: zij ervaren dit als van bovenaf opgelegd en vinden het afnemen van generieke vragenlijsten aan het begin en het einde van een behandeltraject weinig meerwaarde hebben voor het primaire proces. Dit kan ook (deels) verklaren waarom er een discrepantie wordt gevonden tussen een hoge gebruiksfrequentie en een beperkte implementatiegraad: vrijgevestigden gebruiken ROM wel in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar het betreft in een substantieel deel van de gevallen ROM ten behoeve van benchmarking, een vorm van ROM waarvan relatief veel vrijgevestigden aangeven dat die maar in beperkte mate ondersteuning biedt gedurende de behandeling.

De implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk varieert tussen vrijgevestigden

Op zowel het niveau van de individuele stellingen als op het niveau van samenvattende schaal- en totaalscores is er sprake van een grote spreiding qua scores. Er is een aanzienlijke groep vrijgevestigden die laag scoort (2,0 of minder), maar ook een substantiële groep vrijgevestigden die juist hoog scoort (4,0 of meer). Kijkend naar de uitkomsten onder de vrijgevestigden met een solopraktijk, dan blijkt dat de variatie in scores niet of nauwelijks samenhangt met de gemeten achtergrondkenmerken van de behandelaren (beroepsachtergrond, bediende cliëntgroep, setting, omvang van de aanstelling, leeftijd en geslacht). Er is alleen een zwakke, maar wel statistisch significante, relatie tussen het klinisch psycholoog zijn en het hoger waarderen van de bruikbaarheid van ROM-vragenlijsten. Dit geeft aan dat andere (niet-gemeten) factoren bepalend zijn voor de mate waarin ROM is geïmplementeerd als ondersteuningsinstrument voor het primaire proces.

3.1 Werving en respons van vrijgevestigde behandelaren

- Aselecte werving en uitnodiging voor de enquête gebeurde via vier beroepsverenigingen: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).[6]
- Een aanzienlijk deel van de respondenten is lid van meer dan één beroepsvereniging. Deze personen konden meer uitnodigingen voor de enquête ontvangen, terwijl zij maar op één uitnodiging hoefden in te gaan.
- In totaal hebben 539 vrijgevestigde behandelaren de enquête volledig ingevuld, wat neerkomt op een responspercentage van 42% (waarbij is gecorrigeerd voor de overlap qua lidmaatschap tussen beroepsverenigingen). De relatief hoge respons maakt het niet waarschijnlijk dat de resultaten vertekend zijn doordat een niet-representatieve groep van vrijgevestigde behandelaren is onderzocht.

3.2 Achtergrondkenmerken respondenten

Vrijgevestigden met een solopraktijk

- De overgrote meerderheid van de respondenten (88%; N= 474) is werkzaam in een solopraktijk, waarin al dan niet faciliteiten worden gedeeld met anderen.
- Bijna de helft van hen (49%) is psychotherapeut en bijna een derde (32%) is GZ-psycholoog; psychiaters (13%) en klinisch psychologen (7%) komen minder vaak voor.

6 De twee laatstgenoemde verenigingen zijn per 21 oktober 2014 samen doorgegaan als de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP).

- Veruit de meeste psychotherapeuten (87%) en psychiaters (95%) zijn werkzaam in de gespecialiseerde GGZ, terwijl de overgrote meerderheid van de GZ-psychologen (88%) in de generalistische Basis-GGZ werkt.
- Bijna de helft van de psychotherapeuten (45%) en de psychiaters (48%) biedt hulp aan volwassenen met kort- of langdurende problematiek, terwijl de meeste GZ-psychologen (50%) zich hoofdzakelijk richten op volwassenen met kortdurende problematiek.

Vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk

- Een minderheid van de respondenten (12%; N= 65) is werkzaam in een groepspraktijk (een praktijk waarin inhoudelijk wordt samengewerkt met collega's of andere disciplines in een gezamenlijke bedrijfsvoering).
- Bijna de helft van hen (48%) is psychotherapeut en circa een derde (34%) is GZ-psycholoog; psychiaters en klinisch psychologen vormen een kleiner aandeel.
- Veruit de meerderheid van de psychotherapeuten (81%) is werkzaam in de gespecialiseerde GGZ, terwijl GZ-psychologen (86%) vooral werkzaam zijn in de generalistische Basis-GGZ.
- De meeste psychotherapeuten (55%) behandelen hoofdzakelijk volwassenen met zowel kort- als langdurende problematiek, terwijl de meeste GZ-psychologen (50%) vooral hulp bieden aan volwassenen met kortdurende problematiek.

3.3 Voorvraag: mate van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk

Vrijgevestigden met een solopraktijk

- 88% van de respondenten geeft op de voorvraag aan ROM te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk. De meeste van deze ROM-gebruikers doen dit regelmatig (27%), vaak (34%) of altijd (30%); een minderheid doet het soms (9%).
- 12% van de respondenten geeft aan nooit ROM in de dagelijkse praktijk te gebruiken. De meest genoemde reden is dat men de meerwaarde er niet van inziet. Sommigen melden daarbij dat zij niet verplicht zijn ROM gegevens aan te leveren als verantwoordingsinformatie, omdat zij geen contract hebben met zorgverzekeraars. Andere vaker genoemde redenen zijn het ontbreken van geschikte software, tijdgebrek, en het pas onlangs gestart zijn met een eigen praktijk.

Vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk

- Bijna alle respondenten uit de groepspraktijken (95%) geven op de voorvraag aan ROM in hun dagelijkse praktijk te gebruiken. De meeste van deze ROM-gebruikers doen dit regelmatig (18%), vaak (45%) of altijd (27%); een minderheid doet het soms (10%).
- De drie vrijgevestigden (5%) die ROM niet in hun dagelijkse praktijk toepassen, geven allen aan dat zij bezig zijn dit in te voeren.

3.4 Mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk

Vrijgevestigden met een solopraktijk

- De drie stellingen (met een schaal lopend van 1 tot 5) waarop gebruikers van ROM (N= 417) gemiddeld genomen het hoogst scoren zijn: 'Ik informeer mijn cliënten over het doel en nut van ROM voor hun behandeling' (4,3), 'Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren' (4,0) en 'Ik koppel ROM-scores terug aan mijn cliënten gedurende de behandeling' (3,8). Het percentage respondenten dat het volledig eens is met een stelling, is voor deze stellingen respectievelijk 54%, 44% en 47%.
- Op één stelling wordt gemiddeld 3,0 gescoord (het 'neutrale' schaalmidden: 'niet mee eens, niet mee oneens'); op zeven stellingen wordt gemiddeld lager gescoord (variërend van 2,8 tot 2,1). Voor elk van deze acht stellingen geldt dat bijna een kwart tot bijna de helft van de respondenten het helemaal oneens is met een stelling. Deze stellingen gaan vooral over het gebruik van ROM bij het evalueren en bijstellen van behandeling, maar ook over de geschiktheid van de vragenlijsten, over de mate van training in het gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en over de tevredenheid van de cliënten.
- Op basis van de 16 stellingen zijn vier samenvattende schalen samengesteld, en is een totaalscore voor alle stellingen samen berekend (alle met een schaalscore lopend van 1 tot 5). De schalen gaan over:
  1) het gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk;
  2) de bruikbaarheid van de ROM-vragenlijsten;
  3) eigen kennis/kundigheid in het gebruik van ROM; en
  4) de bruikbaarheid en toegankelijkheid van ROM voor de cliënt.
- De hoogste gemiddelde score (3,7) wordt behaald op de schaal 3. Op de drie andere schalen wordt rond het 'neutrale' schaalmidden gescoord (resp. 2,9, 3,1 en 3,1 gemiddeld). Dit geldt ook voor de totaalscore (3,2 gemiddeld).
- Net als voor de individuele stellingen is er voor de samenvattende schalen sprake van een grote spreiding qua scores. Op elke schaal scoort een substantieel deel van de respondenten laag (2,0 of minder), terwijl een ander substantieel deel hoog scoort (4,0 of meer).

Vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk

- De respondenten scoren gemiddeld het hoogst op de volgende twee stellingen: 'Ik heb voldoende kennis om ROM te kunnen interpreteren' (4,3) en 'Ik informeer mijn cliënten over het doel en nut van ROM voor hun behandeling' (3,9). Respectievelijk ruim 50% en ruim 40% van de respondenten is het volledig eens met deze stellingen. Ook op de stelling 'Ik koppel de ROM-scores terug aan mijn cliënten gedurende de behandeling' (3,6) wordt een relatief hoge gemiddelde score behaald, waarbij overigens minder dan een kwart van de respondenten het volledig eens is met deze stelling.

- Op twee stellingen wordt gemiddeld 3,0 gescoord (het 'neutrale' schaalmidden); op twaalf stellingen wordt lager gescoord. De zes stellingen waarop gemiddeld de laagste scores worden behaald (2,2 of 2,1) hebben betrekking op het gebruik van ROM bij cliëntbesprekingen in teamoverleg of intercollegiaal overleg, op het gebruik van ROM-scores ter ondersteuning van het gezamenlijk met de patiënt bepalen hoe verder te gaan, op de tevredenheid van de cliënten over het gebruik van ROM voor het evalueren en bijstellen van hun behandeling en op het gebruik van ROM bij cliëntbesprekingen in teamoverleg of intercollegiaal overleg. Dit laatste zou ook kunnen samenhangen met de kleinschaligheid van veel praktijken, waardoor er van strcutureel overleg met collega's weinig sprake is.
- Op basis van de 22 stellingen zijn vier samenvattende schalen samengesteld (die overigens verschillen van de schalen die onderscheiden worden bij vrijgevestigden in solopraktijken), en is een totaalscore voor alle stellingen samen berekend. De schalen gaan over:
  1) het gebruik en ervaren nut van ROM in de dagelijkse praktijk;
  2) organisatorische randvoorwaarden;
  3) de bruikbaarheid en toegankelijkheid van ROM; en
  4) met de cliënt de ROM-scores bespreken.
- De hoogste gemiddelde score (3,4) wordt behaald op schaal 4, terwijl de respondenten gemiddeld het laagst scoren op de schaal 1 (2,3). Een gemiddelde score net boven het schaalmidden wordt bereikt op de resterende twee schalen (3,1), terwijl de gemiddelde totaalscore (3,0) daaraan gelijk is.
- Zowel voor de individuele stellingen als voor de schalen is er sprake van een grote spreiding qua scores.

3.5 Welke achtergrondkenmerken hangen samen met de schaalscores en de totaalscore?

Vrijgevestigden met een solopraktijk

- Univariate analyses geven aan dat de schaalscores en de totaalscore gerelateerd zijn aan respectievelijk beroepsgroep (waarbij (GZ-)psychologen en klinisch psychologen gemiddeld het hoogst scoren), de cliëntgroep(en) die een behandelaar bedient (waarbij de behandelaren die volwassenen met kortdurende problematiek bedienen gemiddeld het hoogst scoren) en echelon (waarbij de behandelaren die vooral werkzaam zijn in de generalistische Basis-GGZ gemiddeld het hoogst scoren). Opgemerkt dient te worden dat, hoewel statistisch significant, het gaat om zwakke relaties.
- Andere achtergrondkenmerken van behandelaren (leeftijd, geslacht en het aantal uren praktijkvoeren) hangen niet samen de schaalscores en de totaalscore.
- Wanneer in multivariate analyses rekening wordt gehouden met de onderlinge relaties tussen achtergrondkenmerken, blijken nagenoeg alle effecten van beroepsgroep, cliëntgroep en echelon weg te vallen. Er resteert alleen een significant, maar zwak verband tussen het klinisch psycholoog zijn en een hogere score op schaal 2 (de

bruikbaarheid van ROM-vragenlijsten), rekening houdend met de invloed van de andere achtergrondkenmerken.
- Kortom: de achtergrondkenmerken van behandelaren verklaren maar een klein tot zeer klein deel van de spreiding in de schaalscores en totaalscore. Blijkbaar zijn andere (niet-gemeten) factoren van groter belang bij de implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument.

Vrijgevestigden werkzaam in een groepspraktijk
- Univariate analyses lieten geen duidelijke relaties zien tussen de schaal- en totaalscores en achtergrondkenmerken als beroepsgroep, cliëntgroep en echelon. Mogelijk speelt een lage statische power hier een rol (analyses zijn gebaseerd op 'slechts' 62 respondenten).

3.6 Antwoorden op de open slotvraag

- 34% (N= 186) van alle respondenten (zowel degenen met een solopraktijk als degenen werkzaam in een groepspraktijk) heeft hier één of meer opmerkingen gemaakt. De opmerkingen gaan vooral over ROM (N= 246), en minder vaak over de enquête zelf (N= 51).
- Veruit de meest genoemde opmerkingen over ROM zijn kritisch van aard en hebben betrekking op de 'verplichte' ROM ten behoeve van benchmarking. De critici ervaren deze vorm van ROM als van bovenaf opgelegd, en van weinig meerwaarde voor het ondersteunen van de behandeling, onder andere doordat de voorgeschreven generieke vragenlijsten ongeschikt of niet relevant worden gevonden. Deze kritiek kan ook (deels) een verklaring vormen voor de gevonden tegenstelling tussen de hoge gebruiksfrequentie en de beperkte implementatiegraad: vrijgevestigden gebruiken ROM wel in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar het gaat bij een aanzienlijk deel van hen om de 'verplichte' ROM, een vorm van ROM waarvan relatief veel vrijgevestigden aangeven dat die maar in beperkte mate ondersteuning biedt in het primaire proces.
- De kritische opmerkingen over ROM worden vooral gemaakt door vrijgevestigden die relatief laag scoren op de stellingen uit de enquête. Dit wordt geïllustreerd door het gegeven dat de 60 vrijgevestigden met een hoge gemiddelde totaalscore (4,0 of hoger) slechts vier opmerkingen maken die kritisch van aard zijn ten aanzien van ROM.
- De meest genoemde opmerkingen over de enquête zijn dat een vraag soms moeilijk is te beantwoorden (bv. vanwege de specifieke kenmerken van het ROM-systeem dat iemand hanteert) en dat men van mening is dat een vraag ontbrak.

4 Ervaringen met de implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk aan de hand van zeven praktijksituaties in instellingen

Zeven praktijksituaties

Per zorgdomein zijn één of twee instellingen geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête. De uiteindelijke selectie betreft zeven praktijksituaties bij zes instellingen, waarbij twee praktijksituaties (voor de zorgdomeinen Volwassenen lang en Ouderen) betrekking hebben op verschillende behandelafdelingen van dezelfde geïntegreerde instelling.

Hoofdbevindingen uit interviews met 15 behandelaren, vier (team)managers en zes ROM-/kwaliteitscoördinatoren

- In alle praktijksituaties worden voorgeschreven vragenlijsten afgenomen ten behoeve van de benchmark. De praktijksituaties variëren wat betreft het toepassen van extra meetmomenten en het eventueel afnemen van extra vragenlijsten ten behoeve van specifieke diagnostiek of continue monitoring van de behandeling. Twee praktijksituaties beperken zich tot de 'verplichte' metingen. In de andere praktijksituaties wordt op extra momenten gemeten, waarbij in drie gevallen gebruik kan worden gemaakt van door instellingen zelf geselecteerde vragenlijsten.
- Cliënten vullen de vragenlijsten in de regel digitaal in, meestal thuis (via een internetlink), soms op de locatie van een instelling. De verantwoordelijkheid voor het afnemen van de vragenlijsten ligt doorgaans bij de behandelaren; bij één geïntegreerde GGZ-instelling is dit belegd bij een speciaal hiervoor aangewezen ROM-functionaris.
- Een deel van de geïnterviewde behandelaren vindt de 'verplichte' ROM minder bruikbaar voor het primaire proces, omdat zij de scores op de voorgeschreven vragenlijsten beschouwen als te algemeen en te veel een momentopname. Daarbij wordt de voormeting vaak wel nuttig gevonden ter ondersteuning van de intake.
- In sommige praktijksituaties blijken er soms behoorlijke verschillen te bestaan tussen geïnterviewde behandelaren wat betreft de ervaren meerwaarde en het feitelijk gebruik van ROM in het primaire proces. Dit wijst erop dat blijkbaar ook persoonlijke kenmerken of voorkeuren een rol spelen.

- Bij de meeste praktijksituaties stuurt het management vooralsnog voornamelijk op het behalen van goede responscijfers voor de ROM ten behoeve van benchmarking, om gemaakte afspraken met zorgverzekeraars na te kunnen komen. Bij een aantal praktijksituaties is er sprake van een toenemende aandacht vanuit het management voor een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument.
- ROM-scores worden doorgaans teruggekoppeld aan cliënten. Wel bestaan er verschillen tussen de geïnterviewde behandelaren: sommigen doen dit structureel, anderen vooral als er sprake is van opvallende uitkomsten.
- In een minderheid van de praktijksituaties (twee van de zeven) worden ROM-scores structureel gebruikt in teamoverleggen. Ook wordt in de meeste praktijksituaties geen gebruik gemaakt van ROM-uitkomsten op geaggregeerd niveau (bv. op het niveau van cliëntgroep) om van te leren.
- Er worden verscheidene factoren genoemd die een belemmerende rol hebben gespeeld, of nog steeds spelen, bij de implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces, waaronder ICT-technische belemmeringen (o.a. het ontbreken van een koppeling tussen het ROM-systeem en het elektronisch patiëntendossier; inlogproblemen), de nadruk op ROM ten behoeve van benchmarking en het niet goed overweg kunnen met (sommige) vragenlijsten.
- De geïnterviewden noemen diverse verbeterpunten en tips om ROM beter te implementeren als een klinisch ondersteuningsinstrument. In volgorde van aflopende frequentie gaat het om:
  - scholing van behandelaren, zowel in het gebruik van vragenlijsten en scores ter ondersteuning van individuele behandeltrajecten als het gebruik van scores in teams en op geaggregeerd niveau om van te leren;
  - het betrekken van behandelaren en cliënten(vertegenwoordigers) bij de implementatie;
  - een adequate ondersteuning vanuit het management;
  - aandachtspunten ten aanzien van het ROM-systeem, zoals een hoog gebruikersgemak en de mogelijkheid om zelfgekozen vragenlijsten aan het systeem toe te voegen;
  - het goed informeren en motiveren van cliënten; en
  - het 'gewoon gaan gebruiken' van ROM in het primaire proces.

Hoofdbevindingen uit interviews met negen cliënten en één cliëntvertegenwoordiger

- Alle cliënten zijn vooraf geïnformeerd over het doel van ROM. Daarbij geven niet alle cliënten aan dat aan hen uitgelegd is dat de metingen (ook) bedoeld zijn ter ondersteuning van hun behandeling.
- De ervaringen met het invullen van de vragenlijsten zijn over het algemeen neutraal tot positief. Hoewel sommige vragen lastig of confronterend kunnen zijn, geeft geen van de cliënten aan dat het invullen belastend is.
- Op één na geven alle cliënten aan dat de uitkomsten van de vragenlijsten zijn besproken met hun behandelaar, in geval van een voormeting ter ondersteuning bij het

opstellen van een behandelplan, en in het geval vervolgmetingen als ondersteuning bij het tussentijds evalueren van de behandeling. Deze terugkoppeling wordt als prettig ervaren, al wordt ook aangegeven dat een meting maar een momentopname is. Over het algemeen zijn de cliënten niet verrast door de ROM-scores, maar vinden zij het wel prettig om zwart op wit te zien hoe het gaat en zodoende een vinger aan de pols te houden.

- Verbeterpunten:
  - Ruim de helft van de cliënten geeft aan behoefte te hebben aan meer terugkoppeling, door (nog) dieper op de ROM-scores in te gaan tijdens de behandeling en/of door vaker tussentijds te meten, zodat er meer feedback mogelijk is.
  - Er voor zorgen dat het interpreteren van de ROM-scores laagdrempelig is, bijvoorbeeld door een grafische presentatie of het beschikbaar stellen van een handleiding.

4.1 Selectie en kenmerken van zeven praktijksituaties

- Per zorgdomein (Kinderen en jeugd, Volwassenen kort, Volwassenen lang, Ouderen en Verslaving) zijn één of twee instellingen geselecteerd op geleide van een positief uitspringende gemiddelde totaalscore van de behandelaren werkzaam bij een instelling op de 22 stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Daarbij werd een gemiddelde totaalscore als positief uitspringend beschouwd als het ten minste 0,5 punt hoger lag dan de gemiddelde totaalscore van alle instellingen in een bepaald zorgdomein.
- Wat betreft het zorgdomein Kinderen en jeugd is het selectiecriterium niet toegepast vanwege het ontbreken van positief uitspringende scores. Als alternatief is de instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie met de hoogste gemiddelde totaalscore als praktijksituatie meegenomen. Daarnaast is voor het zorgdomein Verslaving ook de grote verslavingszorginstelling met de hoogste gemiddelde totaalscore meegenomen als tweede praktijksituatie omdat het van belang werd geacht om ook de ervaringen van medewerkers en cliënten van een grote verslavingszorginstelling mee te nemen.
- Uiteindelijk zijn in totaal zeven praktijksituaties in zes instellingen geselecteerd, waarbij twee praktijksituaties (voor de zorgdomeinen Volwassenen lang en Ouderen) betrekking hebben op verschillende behandelafdelingen van dezelfde geïntegreerde GGZ-instelling. De instellingen/praktijksituaties hebben de volgende kenmerken: een middelgrote instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (gem. totaalscore: 3,1), een geïntegreerde GGZ-instelling (3,7) en een middelgrote instelling voor ambulante GGZ (3,6) voor het zorgdomein Volwassenen kort, een grote en een kleine verslavingszorginstelling (resp.: 3,2 en 3,8) voor het zorgdomein Verslaving, en een geïntegreerde GGZ-instelling (resp.: 3,9 en 3,4) voor de zorgdomeinen Volwassenen lang en Ouderen.

- Per praktijksituatie zijn interviews gehouden met minimaal twee behandelaren en daarnaast een (team)manager of ROM-/kwaliteitscoördinator.[7] In totaal zijn 15 behandelaren, vier (team)managers en zes ROM-/kwaliteitscoördinatoren geïnterviewd.
- Uitgezonderd de praktijksituatie voor het zorgdomein Ouderen[8], zijn per praktijksituatie één of twee cliënten geïnterviewd, die geselecteerd werden door de instellingen zelf. In totaal zijn interviews gehouden met negen cliënten en een ouder van een jeugdige cliënt.
- Opgemerkt dient te worden dat door de gevolgde selectieprocedure de interviews waarschijnlijk een 'gekleurd' positief beeld geven van de meerwaarde van ROM voor het primaire proces, en niet representatief zijn voor de 'gemiddelde' behandelaar en cliënt van een GGZ-instelling.

4.2 Hoofdbevindingen uit interviews met 15 behandelaren, vier (team)managers en zes ROM-/kwaliteitscoördinatoren

Het ROM-systeem

In de zeven geselecteerde praktijksituaties worden ten behoeve van de benchmark voorgeschreven ROM-vragenlijsten afgenomen aan het begin en einde van een behandeling, of (half)jaarlijks in geval van langdurende behandeltrajecten. Bij de instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie is deze verplichting dit jaar overigens overgenomen door de gemeenten in haar verzorgingsgebied, na de overheveling van de jeugdzorg naar de gemeente per 1 januari 2015.

De praktijksituaties variëren wat betreft het toepassen van extra meetmomenten en het eventueel afnemen van extra vragenlijsten ten behoeve van specifieke diagnostiek of continue monitoring van de behandeling (per sessie, of om de zoveel sessies). In twee praktijksituaties worden alleen de 'verplichte' metingen uitgevoerd, dus een voor- en nameting bij korte behandeltrajecten, of (half)jaarlijkse vervolgmetingen bij lange behandeltrajecten. Bij drie andere praktijksituaties worden extra tussenmetingen uitgevoerd met de verplichte vragenlijsten, bijvoorbeeld om de drie maanden, of na elke zes behandelcontacten. Bij drie praktijksituaties worden daarbij ook door de instellingen zelf geselecteerde vragenlijsten meegenomen. In drie gevallen wordt de frequentie en het moment van afnemen aan de behandelaren overgelaten, zodat deze de metingen zo goed mogelijk kunnen laten aansluiten bij individuele behandeltrajecten.

---

7 Uitgezonderd de kleine verslavingszorginstelling, waar twee behandelaren zijn geïnterviewd, waarvan er één ook een teamleider is.

8 Aangezien de looptijd van het onderzoek was verstreken, is er voor gekozen geen interviews meer te houden met oudere cliënten.

In principe worden de vragenlijsten in alle praktijksituaties digitaal ingevuld. Dit gebeurt in vier gevallen vanaf huis via een internetlink. Bij twee van de praktijksituaties kunnen cliënten eventueel een papieren versie van een vragenlijst invullen, mocht digitale afname niet mogelijk zijn (wanneer zij niet beschikken over een email-adres). In twee gevallen vullen cliënten de vragenlijsten digitaal in op de locatie van de instelling, waarbij een medewerker aanwezig is voor eventuele hulp. In de praktijksituatie voor het zorgdomein Ouderen worden in de regel papieren vragenlijsten afgenomen op locatie.

De verantwoordelijkheid voor het afnemen van vragenlijsten ligt meestal bij de behandelaren. Bij een praktijksituatie in een geïntegreerde GGZ-instelling wordt de ROM-afname centraal uitgevoerd door een aangewezen ROM-functionaris.

Ervaringen met ROM

In het algemeen laten de meeste geïnterviewde behandelaren zich positief uit over ROM en geven zij aan de ROM-scores toe te passen ter ondersteuning van de behandeling van hun cliënten. Dit algemene positieve beeld kan nader worden genuanceerd op basis van de interviews.

Allereerst is er in grote lijnen sprake van een onderscheid tussen ROM ten behoeve van de benchmark ('verplichte' ROM) en ROM als hulpmiddel bij de behandeling. De verplichte metingen worden in principe wel uitgevoerd (al geven veel geïnterviewde behandelaren aan dat het regelmatig niet lukt om een eindmeting uit te voeren, omdat de cliënt al uit het zicht is), maar de uitkomsten worden niet altijd daadwerkelijk gebruikt ter ondersteuning van het primaire proces. De scores op deze vragenlijsten wordt door een deel van de geïnterviewde behandelaren beschouwd als te algemeen en als te veel een momentopname, waardoor ze minder bruikbaar zijn voor het primaire proces. Daarbij wordt de voormeting vaak nog wel nuttig gevonden ter ondersteuning van het intakegesprek, maar de verplichte vervolg- en nametingen worden doorgaans minder nuttig geacht. In verscheidene praktijksituaties is het ROM-systeem daarom zo ingericht dat het beter aansluit op het primaire proces. Zo nemen de behandelaren in twee praktijksituaties naast de verplichte vragenlijst ook een door de instelling zelf geselecteerde vragenlijst af, omdat ze deze beter toepasbaar vinden voor het primaire proces. In de praktijksituatie voor het zorgdomein Ouderen is er voor gekozen om de verplichte vragenlijst ten behoeve van de benchmark helemaal niet te gebruiken in de gesprekken met de cliënt, maar om hier alleen een door de instelling zelf geselecteerde vragenlijst voor te gebruiken. In deze praktijksituatie worden de behandelaren vrijgelaten in het gebruik van deze vragenlijst. Het achterliggende beleid van de instelling waar deze praktijksituatie betrekking op heeft, is dat het gebruik van ROM in de dagelijkse praktijk niet 'top-down' moet worden opgelegd, maar kan worden overgelaten aan de behandelaren, die zodoende de vrijheid hebben om zelf te bepalen of en wanneer ze de extra vragenlijst inzetten.

Een tweede nuancering is dat er bij een praktijksituatie soms behoorlijke verschillen tussen de geïnterviewde behandelaren bestaan wat betreft de ervaren meerwaarde en het gebruik van ROM ter ondersteuning van het primaire proces: de ene behandelaar is enthousiast (ROM geeft inzicht, levert bespreekpunten op, verduidelijkt, geeft soms verrassende uitkomsten, geeft aanleiding tot aanpassing van de behandeling, etc.), terwijl de andere behandelaar sceptisch is over het nut van ROM, het vooral als een verplichting ervaart en de metingen met tegenzin uitvoert, en de scores niet vaak gebruikt in de behandeling en niet vaak bespreekt met de cliënt. Deze variatie kan niet worden verklaard door verschillen qua werkvloer of ROM-systeem, aangezien de behandelaren werkzaam zijn bij dezelfde afdeling en hetzelfde ROM-systeem gebruiken bij dezelfde cliëntgroep. Blijkbaar spelen ook kenmerken en voorkeuren van behandelaren een rol bij het al dan niet daadwerkelijk toepassen van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk.

Ondersteuning vanuit het management

Bij de meeste praktijksituaties stuurt het management vooralsnog voornamelijk op het behalen van goede responscijfers voor de ROM ten behoeve van de benchmark om gemaakte afspraken met zorgverzekeraars na te kunnen komen. Dit speelt bij de instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie nog sterker omdat de gemeenten in haar verzorgingsgebied per 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn geworden voor de jeugd GGZ. Zij eisen dat bij alle cliënten die voor 1 oktober 2014 in behandeling zijn genomen een nieuwe 'beginmeting' wordt afgenomen. Een groot deel van de inspanningen in deze instelling is op dit moment gericht op het behalen van deze 'target'.

Bij een aantal praktijksituaties is er sprake van een toenemende aandacht vanuit het management voor ROM als ondersteuningsinstrument bij de behandeling. Zo is in een praktijksituatie de regel ingevoerd dat er geen tussenevaluatie plaats mag vinden zonder gebruik te maken van een ROM-meting. De geïnterviewde behandelaren in een andere praktijksituatie wijzen op de actieve rol van het management in het faciliteren van het gebruik van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, wat heeft gezorgd voor een goede logistieke ondersteuning in de vorm van het opnemen van ROM in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Een ander voorbeeld is dat het management van een praktijksituatie het belang van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument duidelijk uitdraagt, ondersteunt door een motto.

Uitleg en terugkoppeling aan cliënt

Cliënten worden volgens de geïnterviewde behandelaren vooraf goed geïnformeerd (mondeling en/of schriftelijk) over het hoe en waarom van het afnemen van vragenlijsten. Uitzonderingen daargelaten zijn de meeste cliënten bereidwillig om aan het begin van de behandeling een vragenlijst in te vullen. Volgens een geïnterviewde hangt dat ook af van de houding van de behandelaar. Een cliënt zal sneller overtuigd en meer gemotiveerd zijn als de behandelaar enthousiast is over het nut van ROM voor de behandeling en dit goed uitlegt aan de cliënt. Vervolg- of eindmetingen zijn doorgaans lastiger uit te

voeren dan beginmetingen. Wat betreft de eindmeting speelt hier ook mee dat cliënten al uit beeld kunnen zijn. Cliënten zijn volgens de behandelaren dan minder gemotiveerd.

ROM-scores worden in de regel besproken met de cliënt. Sommige behandelaren doen dit structureel, anderen vooral als er sprake is van opvallende uitkomsten. Tijdens het bespreken maakt een deel van de behandelaren gebruik van de mogelijkheid om (het verloop van) de scores grafisch weer te geven, terwijl anderen alleen mondeling uitleg geven. Eén behandelaar geeft aan de ROM-uitkomsten nooit met een cliënt te bespreken. Zoals eerder aangegeven worden in de praktijksituatie voor het zorgdomein Ouderen alleen de scores op de door de instelling zelf geselecteerde vragenlijst teruggekoppeld en niet de scores op de verplichte vragenlijst ten behoeve van de benchmark. Veel van de geïnterviewde behandelaren melden dat de ROM-scores over het algemeen geen aanleiding geven om de behandeling aan te passen. Dat gebeurt eerder op basis van wat naar voren komt tijdens de gesprekken met de cliënt.

Gebruik van ROM-scores in teamoverleggen en op geaggregeerd niveau

Bij twee praktijksituaties worden de ROM-scores structureel gebruikt bij cliëntbesprekingen tijdens teamoverleggen en bij één praktijksituatie is onlangs besloten dat bij elke tussentijdse evaluatie van een behandeltraject een ROM-meting voor het teamoverleg beschikbaar moet zijn. Bij de andere praktijksituaties worden ROM-scores niet structureel toegepast in teamverband.

In de meeste praktijksituaties wordt geen gebruik gemaakt van ROM-uitkomsten op geaggregeerd niveau (bv. op het niveau van de cliëntgroep) om van te leren, hoewel een aantal geïnterviewde behandelaren aangeeft dat ze dat wel prettig zouden vinden. Meestal worden alleen de responscijfers van de ROM ten behoeve van de benchmark teruggekoppeld aan behandelaren, en soms ‘productiecijfers’, maar aangegeven wordt dat deze basale informatie niet bruikbaar is om zorginhoudelijk van te leren. Eén behandelaar geeft aan dat hij soms wel eens hoort dat zijn afdeling het ‘redelijk goed doet’, maar dat daar verder niets mee wordt gedaan.

Obstakels

In de interviews worden verscheidene factoren genoemd die een belemmerende rol hebben gespeeld, of nog steeds spelen, bij de implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces. Bij enkele praktijksituaties is er volgens behandelaren sprake van problemen van ICT-technische aard. Zo wordt het ROM-systeem van een praktijksituatie bestempeld als te ‘rigide’ in de zin dat er geen koppelingen kunnen worden gemaakt met andere informatiesystemen zoals het EPD. Hierdoor heeft de instelling waar deze praktijksituatie betrekking op heeft onder andere problemen met het aanleveren van meetgegevens aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). Ook worden door sommige geïnterviewden problemen genoemd met de toegankelijkheid van het ROM-systeem zelf, of de output die het genereert. Cliënten kunnen bijvoorbeeld thuis soms niet inloggen of hebben überhaupt geen e-mailadres, of de grafieken die het

systeem genereert zijn bijvoorbeeld soms moeilijk te interpreteren voor behandelaar en cliënt.

Een obstakel van een geheel andere orde dat het gebruik van ROM ter ondersteuning van het primaire proces in de weg kan staan, is de nadruk op het behalen van de vereiste percentages ROM-metingen ten behoeve van de benchmark. Aangegeven wordt dit weerstand oproept bij een deel van de behandelaren. Daarnaast wordt in de interviews genoemd dat sommige behandelaren het gevoel hebben dat hun professionele autonomie in twijfel wordt getrokken en/of dat zij niet goed overweg kunnen met de gebruikte vragenlijsten.

Verbeterpunten en tips

In de interviews worden diverse verbeterpunten en tips genoemd om ROM binnen instellingen beter te implementeren als een klinisch ondersteuningsinstrument. Meerdere keren worden genoemd (in volgorde van aflopende frequentie):

Scholing van behandelaren (13x genoemd)

Onbekend maakt onbemind en meer kennis vergroot de kans op een geslaagde implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk. Hoewel een deel van de geïnterviewde behandelaren aangeeft dat training in het gebruik van vragenlijsten en het interpreteren van de uitkomsten niet nodig is voor sommige beroepsgroepen ("psychologen kunnen dat al"), wordt scholing daarom het vaakst genoemd als het gaat om een betere implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Dit betreft zowel het leren inzetten van de juiste vragenlijsten op het juiste moment in de behandeling, als het interpreteren van de uitkomsten op individueel niveau. Ook zou het leren omgaan met de uitkomsten op een hoger geaggregeerd niveau moeten worden getraind. Zoals het gebruik van ROM-uitkomsten op het niveau van cliëntgroep tijdens teambesprekingen, zodat er als team van geleerd kan worden. Andere vormen van leren op een hoger niveau zou zijn het publiceren van feedbackrapportages op intranet of deze te gebruiken als input voor refereeravonden of voor het onderling vergelijken van teams. Dat zou dan wel moeten gebeuren in een sfeer van vertrouwen, om er samen van te leren. Scholing zou verder moeten plaatsvinden door ervaren behandelaren aan beginnende collega's, niet door managers.

Zorg voor een adequate ondersteuning (10x genoemd)

Het management moet duidelijk uitdragen dat ROM niet alleen wordt toegepast omdat het 'verplicht is', maar vooral omdat het kan bijdragen aan het verder optimaliseren van de geboden behandeling. Het management dient te faciliteren dat het gebruik van ROM een integraal onderdeel gaat uitmaken van de dagelijkse werkprocessen. In dit kader kunnen 'voortrekkers en aanjagers' (bv. ROM-coördinatoren, aandachtsfunctionarissen) behulpzaam zijn, omdat zij een toegankelijk aanspreekpunt kunnen vormen voor de behandelteams en het gebruik van ROM ter ondersteuning van het primaire proces kunnen monitoren en begeleiden.

Verbeter het ROM-systeem (8x genoemd)
Er worden verscheidene verbeterpunten genoemd ten aanzien van de gebruikte ROM-systemen, zowel ten behoeve van het primair proces als ten behoeve van de benchmark:

- Zorg voor de mogelijkheid om zelfgekozen vragenlijsten op te nemen, die behandelaren meer geschikt achten voor het monitoren van een behandeling.
- Zorg voor toegankelijke achtergrondinformatie voor de behandelaar over het gebruik van het ROM-systeem.
- Het ROM-systeem moet gemakkelijk in het gebruik zijn en op een adequate manier gegevens aan SBG of terugkoppelinformatie aan de huisarts kunnen aanleveren.
- Zorg voor een optimale ondersteuning van de behandelaar, zoals in de vorm van een automatische melding als een meting gedaan moet worden. De respons van bijvoorbeeld de 'verplichte' eindmeting zal hierdoor waarschijnlijk verbeteren.

Betrek behandelaren en cliënten bij de implementatie (8x genoemd)
Leg ROM niet van bovenaf op, maar betrek behandelaren bij de implementatie en bespreek met hen hoe ROM het beste kan worden toegepast ter ondersteuning van het primaire proces. Het aanleveren van ROM-gegevens aan SBG is niet de eerste prioriteit. Laat behandelaren zelf bepalen wanneer ze een meting doen, niet 'het systeem'. Probeer ook cliënten of hun vertegenwoordigers te betrekken bij de implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument.

Informeer en verleidt de cliënt (7x genoemd)
Verscheidene geïnterviewde behandelaren wijzen op het belang dat cliënten duidelijke uitleg moeten krijgen over wat de bedoeling van ROM is en wat zij en hun behandelaar daaraan kunnen hebben. Als de behandelaar alleen aangeeft dat 'het een verplichting is vanuit de verzekeraars' zal een cliënt minder gemotiveerd zijn om vragenlijsten in te vullen. Zorg ook bij de interpretatie van de ROM-scores voor duidelijk informatie, bijvoorbeeld in de vorm van begrijpelijke grafieken en geef deze mee. Sommige geïnterviewde behandelaren pleiten ervoor cliënten een laagdrempelige toegang te geven tot hun ROM-scores, waardoor ze 'beheerder' van hun eigen metingen worden. De verwachting is dat dit de motivatie van cliënten zal verhogen. Overigens wordt hier ook opgemerkt dat cliënten het steeds normaler gaan vinden dat er gemeten wordt.

Ga het gewoon gebruiken (3x genoemd)
Drie geïnterviewde behandelaren geven als tip om gewoon met ROM aan de gang te gaan in de dagelijkse zorgpraktijk. Hun verwachting is dat zowel de behandelaar als de cliënt zullen merken dat ze profijt hebben van de terugkoppeling en de bespreking van de ROM-scores.

4.3 Hoofdbevindingen uit interviews met negen cliënten en één cliëntvertegenwoordiger

Gang van zaken

Bij drie praktijksituaties worden de vragenlijsten op locatie ingevuld, waarbij een medewerker aanwezig is om eventueel assistentie te verlenen. In één van deze gevallen wordt overigens alleen de voormeting op locatie ingevuld en vinden de vervolgmetingen thuis plaats via internet. Het moment van afname varieert tussen de praktijksituaties. In twee gevallen wordt vragenlijsten bij de intake ingevuld, bij een andere praktijksituatie moet de cliënt er na de intake extra voor terugkomen. Bij de andere drie praktijksituaties gebeurt het invullen thuis via een digitaal platform. Zoals in de vorige paragraaf al is beschreven, worden in sommige praktijksituaties alleen de 'verplichte' voor- en nameting uitgevoerd ten behoeve van de benchmark, terwijl bij andere praktijksituaties aanvullende tussenmetingen plaatsvinden, soms met door instellingen zelf geselecteerde vragenlijsten. Bij de praktijksituatie voor langdurende volwassenenzorg wordt jaarlijks gemeten.

Alle cliënten zijn vooraf geïnformeerd over het doel van ROM, bijvoorbeeld via een informatiebrief of een folder. In alle gevallen wordt verteld dat het moet van de verzekeraar, maar niet alle cliënten geven aan dat werd verteld dat de metingen ook bedoeld zijn ter ondersteuning van de behandeling.

Ervaringen met invullen

De ervaringen van de geïnterviewde cliënten met invullen van de vragenlijsten zijn over het algemeen neutraal tot positief. De meeste cliënten geven aan dat een meting 'er nu eenmaal bij hoort'. Het invullen van een vragenlijst wordt soms lastig gevonden, bijvoorbeeld het kiezen van het juiste antwoord. Ook kunnen vragen soms confronterend zijn. Aan de andere kant geven cliënten aan dat dit ook wel waardevol is, omdat het hen weer bewust maakt van hun klachten. De ouder van een jeugdige cliënt gaf overigens aan dat haar zoon de vragenlijst niet zinvol vindt. Het is niet altijd prettig, soms hard werken, maar geen van de cliënten geeft aan dat het invullen van vragenlijsten belastend is. De ouder van de jeugdige cliënt geeft wel aan dat de motivatie hiervoor minder aan het worden is, omdat ook vanuit andere jeugdinstanties het verzoek komt om vragenlijsten in te vullen.

Terugkoppeling

Op één na geven alle cliënten aan dat de metingen met de behandelaar zijn besproken, in het geval van een voormeting als ondersteuning bij het opstellen van een behandelplan, in het geval van herhaalde metingen als ondersteuning bij het tussentijds evalueren van het verloop van de behandeling. In al deze gevallen wordt dit als prettig ervaren, al wordt ook genoemd dat de meting maar een momentopname is. Een jongere cliënt geeft bijvoorbeeld aan dat hij nu hij wat ouder is een eerder ingevulde vragenlijst anders heeft opgevat en ingevuld, en dat daarmee bij de interpretatie (van het verloop) van de uitkomsten rekening zou moeten worden gehouden.

Twee cliënten geven aan wel eens verrast te zijn geweest door de uitkomsten, waarbij één van hen meldt dat hieruit een veel positiever beeld naar voren kwam dan zij zelf had verwacht. Desalniettemin zijn de meeste cliënten niet verrast door de uitkomsten. Men vindt het wel prettig om zwart op wit te zien hoe het gaat en zodoende een vinger aan de pols te houden. Dit geldt vooral voor de cliënten van de praktijksituaties waar extra metingen worden uitgevoerd (naast de verplichte meetmomenten ten behoeve van de benchmark). Dan wordt samen met de behandelaar de betekenis van bepaalde uitkomsten besproken. In één geval wordt expliciet genoemd dat een meting aanleiding heeft gegeven tot het bijstellen van de behandeling. De cliënten geven aan dat het gebruik van vragenlijsten niet heeft geleid tot een veranderde relatie met de behandelaar.

Verbeterpunten

Zes cliënten geven aan dat zij behoefte hebben aan meer terugkoppeling van ROM-uitkomsten tijdens de behandeling. Sommige cliënten bedoelen hiermee om (nog) dieper op de scores in te gaan tijdens de behandeling en het meer een onderdeel te laten worden van een tussentijds evaluatiegesprek. Andere cliënten wijzen (ook) op het vaker tussendoor afnemen van vragenlijsten, zodat er meer feedback mogelijk is. Eén cliënt wil overigens juist niet dat er meer gemeten wordt.

Een ander verbeterpunt dat genoemd wordt betreft het laagdrempelig maken van de interpretatie van de uitkomsten, bijvoorbeeld door een grafische presentatie, of het beschikbaar stellen van een handleiding zodat men thuis de uitkomsten nog eens kan bekijken.

5 Ervaringen met de implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk aan de hand van vijf praktijksituaties in vrijgevestigde praktijken

Vijf praktijksituaties

Er zijn vijf praktijksituaties geselecteerd op geleide van positief uitspringende resultaten op de enquête onder vrijgevestigde behandelaren.

Hoofdbevindingen uit interviews met vijf behandelaren

- De behandelaren zijn ervaren en gewend om hun diagnostiek en/of behandeling te ondersteunen met behulp van vragenlijsten.
- De behandelaren gebruiken verschillende ROM-portals van verschillende softwareleveranciers voor het digitaal laten invullen van de vragenlijsten.
- Er wordt door een aantal behandelaren een onderscheid gemaakt tussen ROM ten behoeve van benchmarking ('verplichte' ROM) en ROM ter ondersteuning van het primaire proces ('eigen' ROM). De 'verplichte' ROM gaat over het gebruik van voorgeschreven vragenlijsten op vaste meetmomenten, aan het begin en eind van een behandeltraject. De 'eigen' ROM heeft betrekking op het gebruik van zelfgekozen vragenlijsten die per sessie, of om de zoveel sessies, worden ingevuld door de cliënt, en die naast het meten van uitkomsten van de behandeling (zoals symptoomreductie), ook procesinformatie geven (zoals de kwaliteit van de behandelrelatie).
- De ROM-metingen met voorgeschreven vragenlijsten worden bij de intake doorgaans nuttig gevonden voor de verheldering van klachten. De eindmeting (of de vervolgmeting bij een langdurend behandeltraject) speelt nauwelijks tot geen rol bij het evalueren, het tussentijds wijzigen of het beëindigen van een behandeling.
- De geïnterviewde behandelaren die naast de 'verplichte' ROM ook een 'eigen' ROM gebruiken zijn hier (zeer) positief over: de continue monitoring maakt onder andere de behandeling transparant, signaleert vroegtijdig ongewenste ontwikkelingen, en geeft nieuwe inzichten of aanknopingspunten voor de behandeling. De continue metingen hebben daarnaast een positieve invloed op de relatie met de cliënt.
- Als cliënten vooraf goed geïnformeerd worden over het nut voor hun behandeling zijn zij in het algemeen bereidwillig om vragenlijsten in te vullen.

- Geen van de geïnterviewde behandelaren maakt gebruik van geaggregeerde ROM-gegevens (bv. op het niveau van een cliëntgroep), hoewel de gebruikte programmatuur hiertoe wel de mogelijkheid biedt.
- De behandelaren wijzen op een aantal obstakels, waaronder het verplichte karakter van ROM en de benodigde tijdsinvestering en kosten.
- Er worden verscheidene verbeterpunten ten aanzien van de gebruikte ROM-systemen genoemd, waaronder een betere helpdesk, betere en snellere software, de mogelijkheid om zelfgekozen vragenlijsten toe te voegen, en lagere gebruikskosten. Een ander verbeterpunt is dat de benodigde tijd voor het laten invullen van de vragenlijsten in de bekostiging zou moeten worden opgenomen.
- De volgende tips voor collega's worden gegeven: ga ermee aan de slag, scholing en het gebruik van zelfgekozen vragenlijsten.

Hoofdbevindingen uit interviews met acht cliënten en twee cliëntvertegenwoordigers

- Men heeft heldere uitleg gekregen van de behandelaar over het hoe en waarom van het afnemen van vragenlijsten.
- Het invullen van de vragenlijsten wordt in het algemeen niet als belastend ervaren, hoewel sommige vragen onduidelijk, aspecifiek of confronterend kunnen zijn.
- Men is positief over de meerwaarde van de vragenlijsten: behandeling met vragenlijsten heeft de voorkeur boven behandeling zonder vragenlijsten. Vragenlijsten die voorafgaand of tijdens de intake worden afgenomen en besproken maken de klachten meer inzichtelijk en kunnen behulpzaam zijn bij het opstellen van een gerichter behandelplan. Vragenlijsten die elke sessie, of om de zoveel sessies, worden afgenomen en besproken bieden onder andere structuur en inzicht, kunnen leiden tot wijzigingen in de behandeling, en kunnen een gunstige invloed hebben op het herstel en de relatie met de behandelaar.

5.1 Selectie en kenmerken van vijf praktijksituaties

- Uit de groep behandelaren die de enquête hebben ingevuld en die lid zijn van de NVVP of de LVE [9] zijn degenen benaderd met een positief uitspringende totaalscore op de stellingen over de mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces, oftewel een totaalscore van 4,0 of meer (N= 35).
- De eerste vijf behandelaren die hierin toestemden zijn geïnterviewd. De behandelaren verschilden qua praktijkvoering (solo- of groepspraktijk), de cliëntgroep(en) die ze (voornamelijk) behandelen (kinderen en jeugdigen, volwassenen met kortdurende problematiek en/of volwassenen met langdurende problematiek) en het echelon waarin ze (voornamelijk) werkzaam zijn (generalistische Basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ).

9 Het NIP en de NVvP gaven geen toestemming voor het benaderen van hun leden die de enquête hadden ingevuld.

- Via de vijf behandelaren zijn in totaal acht cliënten en twee ouders van een jonge cliënt geïnterviewd over het gebruik van en de ervaringen met ROM in de dagelijkse praktijk.
- Opgemerkt dient te worden dat door de gevolgde selectieprocedure de interviews waarschijnlijk een 'gekleurd' positief beeld geven van de meerwaarde van ROM voor het primaire proces, en niet representatief zijn voor de 'gemiddelde' vrijgevestigde behandelaar en zijn of haar cliënt.

5.2 Hoofdbevindingen uit interviews met vijf behandelaren

Het gebruik van (digitale) vragenlijsten

Alle vijf vrijgevestigde behandelaren maken al jaren gebruik van vragenlijsten; twee noemen daarbij expliciet het jaar waarin ze hiermee begonnen (2006). Alle geïnterviewde behandelaren zijn dus ervaren en gewend om hun diagnostiek en/of behandeling te ondersteunen met behulp van vragenlijsten. De wijze waarop zij hun instrumenten inzetten varieert. Sommigen laten hun cliënten de vragenlijsten digitaal op de praktijk invullen (bv. aan het begin van een sessie), terwijl anderen een link per email sturen zodat de cliënt het thuis kan doen. Allen maken wel gebruik van een portal voor het digitaal laten invullen van de lijsten. Een deel van de geïnterviewden gebruikt hiervoor het portal van hun beroepsvereniging, terwijl een ander deel gebruikmaakt van de diensten van commerciële aanbieders, waarvan er steeds meer op de markt komen. In één geval betrof het een declaratieprogramma waarin ook het afnemen en verwerken van ROM-vragenlijsten als functionaliteit is opgenomen.

'Verplichte' ROM en 'eigen' ROM

Uit de interviews komt naar voren dat er een zekere spraakverwarring bestaat rond de term 'ROM'. De geïnterviewde behandelaren gebruiken de term 'ROM' voor de verplichte aanlevering van ROM-gegevens aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG), wat gaat over het aanleveren van voor- en nametingen met één of meer voorgeschreven vragenlijsten. Tussentijdse metingen met de 'verplichte' ROM-vragenlijsten voor evaluatie en eventuele bijstelling van de behandeling komen nauwelijks voor. Eén behandelaar meldt dat er alleen een tussenmeting plaatsvindt als een behandeling langer dan een jaar duurt, omdat vereist is dat per jaar twee metingen moeten worden verricht.

Naast de 'verplichte' ROM worden door drie behandelaren ook zelfgekozen vragenlijsten gebruikt voor de 'monitoring' van de behandeling van hun cliënten, maar twee noemen dit geen ROM, maar iets 'voor zichzelf', iets wat ze zinvol vinden voor het monitoren van het beloop van een behandeling. Eén van hen noemt expliciet dat hij "weinig vertrouwen had in ROM van overheidswege" en toen maar zelf op zoek is gegaan naar zinvolle instrumenten. Deze behandelaren maken gebruik van vragenlijsten waarmee per sessie (of om de zoveel sessies) de vinger aan de pols wordt gehouden wat betreft de ervaren klachten/functionele beperkingen en de 'working alliance', de samenwerking met de therapeut.

Ervaringen met de 'verplichte' ROM

De 'verplichte' ROM-metingen worden bij de intake nuttig gevonden. Het afnemen van een vragenlijst levert extra informatie op, die over het algemeen niet bijzonder verrassend is, maar wel punten kan aanstippen die in een intake met alleen een 'face-to-face' gesprek mogelijk niet naar voren zouden zijn gekomen. Zo wordt genoemd dat onderwerpen als agressie en suïcidaliteit in een gesprek lastig bespreekbaar zijn, maar eerder duidelijk worden als een vragenlijst wordt ingevuld. Deze onderwerpen kunnen dan alsnog aan de orde komen. Kortom, de metingen zijn nuttig voor de verheldering van klachten en worden met de cliënt besproken voor het vaststellen van een behandelplan. Deze behandelaren gebruikten de vragenlijsten (of vergelijkbare) overigens vaak zelf al.

De zinvolheid van ROM als effectmaat lijkt samen te hangen met het soort praktijk en de cliënten daarin. Behandelaren die kortdurende klachtgerichte therapie bieden, hechten hier meer waarde aan dan degenen die langduriger (psycho)therapie geven. De ROM-metingen met de verplichte vragenlijsten spelen volgens de geïnterviewde behandelaren geen rol bij het evalueren en het tussentijds bijstellen van behandelingen, en ook niet bij het beëindigen van een behandeling. Ook wordt door hen aangegeven dat deze vragenlijsten geen invloed hebben op de behandelrelatie met hun cliënten.

Ervaringen met de 'eigen' ROM

De geïnterviewde behandelaren die per sessie, of om de zoveel sessies, cliënten vragenlijsten laten invullen over hun functioneren en de relatie tussen cliënt en behandelaar zijn daar (zeer) positief over. Het maakt de behandelingen transparant, er is sprake van een snelle signalering als zaken verkeerd dreigen te gaan, de metingen leveren nieuwe aanknopingspunten op voor een volgende sessie of geven soms verrassende inzichten, en behandelingen worden continu bijgestuurd. Daarbij wordt genoemd dat de gebruikte software heldere en goed interpreteerbare grafieken oplevert, die goed met de cliënt kunnen worden besproken. Ook wordt genoemd dat deze continue monitoring de relatie tussen cliënt en behandelaar verbetert. De cliënt wordt onder meer in de gelegenheid gesteld kritiek op de behandelaar te uiten en deze een spiegel voor te houden. De cliënt wordt een volwaardiger partner in het proces, wat de motivatie bevordert. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat dergelijke continue metingen vooral worden gebruikt bij psychotherapie, waar de cliënt-behandelaar relatie een voorname rol speelt. Eén behandelaar die kortdurende klachtgerichte behandelingen geeft, is ronduit sceptisch hierover.

Ervaringen van de cliënt volgens de behandelaar

De behandelaren geven aan dat cliënten vragenlijsten wel willen invullen als ze vooraf goede informatie krijgen over het nut voor hun behandeling, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van extra informatie voor een goede indicatiestelling. Ook wordt door de behandelaren aangegeven aan cliënten dat het voor de behandelaar een verplichting is vanuit de verzekeraars. Er is volgens de geïnterviewde behandelaren ook sprake van

weerstand bij cliënten. Cliënten zijn soms achterdochtig en vrezen voor hun privacy. Dit geldt met name voor de 'verplichte' ROM: wat gebeurt er met die gegevens? Cliënten zijn overigens niet verplicht om mee te doen, en degenen die dit niet willen kunnen dit regelen door het ondertekenen van een privacyverklaring. Sommige cliënten hebben ook moeite met het invullen, bijvoorbeeld omdat ze een vraag niet begrijpen. Bij de 'continue monitoring' waarbij vragenlijsten tijdens elke sessie, of om de zoveel sessies, worden ingevuld, komt het voor dat cliënten het vervelend vinden om telkens weer die vragen te beantwoorden.

Leren van geaggregeerde data

Geen van de geïnterviewde behandelaren maakt gebruik van geaggregeerde data (bv. op het niveau van een cliëntgroep) om deze te bespreken met collega's, hoewel de gebruikte programmatuur hiertoe doorgaans wel de mogelijkheid biedt. Sommige behandelaren geven aan dat het wel nuttig zou kunnen zijn bij cliëntbesprekingen met collega's, andere geïnterviewden vinden het te veel tijd kosten en/of zien de meerwaarde er niet direct van in.

Obstakels

De behandelaren geven aan dat het verplichte karakter van ROM ergernis en weerstand heeft opgewekt. Ook de tijdsinvestering en de kosten (zonder compenserende financiering) speelden hier een rol. Sommige behandelaren zijn daarom op zoek gegaan naar aanvullende vragenlijsten die zij waardevoller vinden ter ondersteuning van de behandeling, bij anderen is door het gebruik de ergernis gezakt en heeft men het nut ervan ingezien.

Verbeterpunten en tips voor andere behandelaren

Sommige behandelaren noemen verbeterpunten ten aanzien van de ROM portal die ze gebruiken, waaronder een betere helpdesk, betere en snellere software, en de mogelijkheid om eigen, zelfgekozen vragenlijsten toe te kunnen voegen. Hierbij zou een (verplichte) scholing onderdeel moeten zijn, over hoe om te gaan met de portal en hoe de feedback te interpreteren. Verder wordt de financiering genoemd. Zo wordt genoemd dat de kosten voor het gebruik van de portal te hoog zijn, zonder dat er een mogelijkheid is om deze kosten te kunnen declareren. Een andere geïnterviewde wijst erop dat de benodigde tijd voor het afnemen van vragenlijsten in de bekostiging zou moeten worden opgenomen.

De meeste behandelaren geven als tip aan collega's om "het gewoon te gaan doen" en met ROM te gaan experimenteren. Daar hoort dan wel scholing bij. Dan zullen behandelaren ervaren dat zij hun voordeel kunnen doen met ROM en "dat het wel meevalt". Ook wordt door enkele behandelaren aangeraden op zoek te gaan naar vragenlijsten die zinvol zijn voor de dagelijkse zorgpraktijk, en deze aanvullend te gebruiken naast de 'verplichte' ROM-vragenlijsten.

5.3 Hoofdbevindingen uit interviews met acht cliënten en twee cliëntvertegenwoordigers

Gang van zaken

Alle cliënten geven aan dat zij een heldere uitleg van hun behandelaar hebben gekregen over het hoe en waarom van ROM. Eén van hen kan precies aangeven wat de werkwijze en voorkeuren van de behandelaar zijn. Ook is er in alle gevallen sprake van een digitale afname van de vragenlijsten. Een deel van de cliënten doet dat thuis via een internetlink, anderen doen het op de praktijk, bijvoorbeeld op een tablet. Dat heeft voor een deel te maken met het type ROM dat hun behandelaar gebruikt. Wanneer er sprake is van metingen met korte vragenlijsten aan het begin en het einde van een sessie, dan gebeurt dat op de praktijk; vragenlijsten die (ook) zijn bedoeld voor het genereren van benchmarkinformatie, en die aan het begin en het einde van een behandeltraject worden afgenomen, worden meestal thuis ingevuld door de cliënten.

Ervaringen met het invullen van de vragenlijsten

Afhankelijk van de gehanteerde ROM-methode varieert de tijdsinvestering voor de cliënt. Voor zover daar naar gevraagd is, neemt het invullen van de vragenlijsten die aan het begin en het einde van een behandeltraject worden afgenomen tussen de 15 en 30 minuten in beslag. Het invullen van deze vragenlijsten is over het algemeen “wel goed te doen” voor cliënten, al zijn sommige vragen niet altijd duidelijk, of niet specifiek genoeg, zodat het soms lastig is om het juiste antwoord te geven. Een aantal cliënten geeft aan dat de vragen soms confronterend zijn, en dat het prettiger zou zijn om te antwoorden in een gesprek met, of in de aanwezigheid van de behandelaar. Desalniettemin geeft vrijwel iedereen aan dat het invullen niet belastend is.

De meeste cliënten hebben de vragenlijst alleen bij de voormeting ingevuld. In één geval is een vervolgmeting tweede meting na een jaar behandeling afgenomen. Bij geen van de geïnterviewde cliënten zijn de vragenlijsten gebruikt voor een tussentijdse evaluatie.

Een deel van de behandelaren monitort continu gedurende de behandeling. Afhankelijk van de gebruikte methodiek laten zij hun cliënten korte vragenlijsten invullen aan het begin en het einde van elke sessie, of de cliënt vult na elke sessie thuis een vragenlijst in. Deze cliënten geven aan dat dit in het begin lastig is en enigszins belastend door de vele meetmomenten en/of tijdsinvestering. Sommige cliënten vinden de vragen ook confronterend. Na verloop van tijd is het invullen van de vragenlijsten en de bespreking van de scores echter een gewoonte geworden en wordt de continue monitoring door de cliënten als positief ervaren. Voordelen die zij noemen zijn onder andere dat het de sessie structureert, het inzicht geeft, het verloop van de behandeling weergeeft en kan dienen als geheugensteun. De ouders van een jong kind in behandeling geven aan dat het invullen van de lijst ook voor hun kind goed te doen is, door het gebruik van iconen (treurige tot blije gezichtjes).

Terugkoppeling

De cliënten geven aan dat de scores op de vragenlijsten die aan het begin van een behandeltraject zijn afgenomen zijn besproken met hun behandelaar en dat ze bedoeld zijn als ondersteuning voor het vaststellen van de behandeling. Cliënten zijn over het algemeen positief. De voormeting maakt de klachten meer inzichtelijk, en het is behulpzaam voor het opstellen van een gerichter behandelplan. De cliënt bij wie na een jaar een vervolgmeting is gedaan, geeft aan dat een volledige sessie is gewijd aan de bespreking van de uitkomsten.

Kijkend naar de cliënten die bij elke sessie, of om de zoveel sessies, vragenlijsten invullen, zijn de oordelen over het algemeen ook positief. Terugkoppeling en bespreking van de scores door de behandelaar wordt op prijs gesteld, leidt in een aantal gevallen tot aanpassingen in de aanpak en is behulpzaam bij het herstel van cliënten, bij het verbeteren van hun relatie met de behandelaar, en/of bij de mate van hun betrokkenheid en inspraak. De verschillende reacties van cliënten van dezelfde behandelaar suggereren wel dat behandelaren de mate van terugkoppeling afstemmen op de individuele cliënt. Zo geeft de ene cliënt aan dat de uitkomsten op de vragenlijsten elke sessie worden besproken, terwijl de andere cliënt aangeeft dat dit minder frequent gebeurt. De ouders van een jong kind in behandeling geven aan dat de uitkomsten van de vragenlijst die aan het begin van de behandeling is ingevuld niet worden teruggekoppeld, omdat de therapeut daar het nut niet van inziet. De terugkoppeling van de continue metingen wordt door de (gescheiden) ouders echter heel positief ervaren in de zin dat het hun onderlinge communicatie helpt verbeteren.

Verbeterpunten

De geïnterviewde cliënten noemen weinig verbeterpunten. De meeste opmerkingen betreffen de vragenlijsten die soms wat korter en/of wat helderder zouden kunnen zijn. Ook wordt het invullen van een vragenlijst meteen aan het eind van een sessie door sommige cliënten lastig gevonden. Twee respondenten merken op dat uitsluitend werken met uitgebreide vragenlijsten te statisch is en te weinig terugkoppeling geeft. Vrijwel alle geïnterviewden geven echter aan dat zij een behandeling waarbij vragenlijsten worden ingezet prefereren boven een behandeling zonder het gebruik van vragenlijsten.

6 Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk: conclusies, aanknopingspunten voor verbetering en suggesties voor vervolgonderzoek

6.1 Conclusies

Een hoge gebruiksfrequentie, maar een beperkte implementatiegraad

Uit de enquête blijkt dat zowel de meeste behandelaren die werkzaam zijn bij instellingen als de meeste vrijgevestigde behandelaren aangeven ROM regelmatig tot altijd te gebruiken in de dagelijkse zorgpraktijk. Echter, ondanks deze hoge gebruiksfrequentie, geven beide groepen behandelaren tegelijkertijd aan dat gemiddeld genomen het gebruik van ROM-scores ter ondersteuning van individuele behandeltrajecten niet hoog is, en dat cliënten hier volgens hen ook niet erg tevreden over zijn. Hierbij gaat het niet alleen om het gebruik op het niveau van de individuele behandelaar, maar ook om het gebruik in teamoverleg of intercollegiaal overleg. Verder geven de behandelaren aan dat verschillende randvoorwaarden voor een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument suboptimaal zijn ingevuld, waarbij het vooral gaat om:

- het gebruik van vragenlijsten die geschikt zijn voor het opstellen en evalueren van behandelplannen;
- het getraind zijn van behandelaren in het gebruik en de interpretatie van ROM-scores en de terugkoppeling ervan aan cliënten; en
- een hoge mate van toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de ROM-scores voor cliënten.

Op basis van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat in het algemeen sprake is van een beperkte implementatiegraad van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en dat er derhalve de nodige ruimte bestaat om ROM beter te implementeren als een instrument dat behandelaren en cliënten kan ondersteunen gedurende individuele behandeltrajecten.

Kritiek en weerstand ten aanzien van ROM ten behoeve van benchmarking

Een tweede conclusie die op basis van de enquête getrokken kan worden is dat ROM ten behoeve van benchmarking vanwege haar verplichtend karakter ('top-down' benadering), weerstand heeft opgeroepen bij een substantieel deel van zowel de behandelaren werkzaam bij instellingen als vrijgevestigde behandelaren. Daarnaast wijzen de antwoorden op de open slotvraag van de enquête erop dat betrekkelijk veel behandelaren uit beide groepen van mening zijn dat de 'verplichte' ROM niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk, en dus ook maar beperkte waarde heeft als klinisch ondersteuningsinstrument. Dit komt ook naar voren in de verdiepende interviews met behandelaren. De kritiek is vooral gericht op de generieke aard van de voorgeschreven vragenlijsten en de standaard meetmomenten aan het begin en het einde van een behandeltraject, waarbij wordt opgemerkt dat de meeste geïnterviewde behandelaren de voormeting wel nuttig vinden ter ondersteuning van de intake. De kritiek en weerstand ten aanzien van de 'verplichte' ROM kan ook deels verklaren waarom in de enquête – die overigens uitdrukkelijk gericht was op ROM in dagelijkse zorgpraktijk – een discrepantie werd gevonden tussen een hoge gebruiksfrequentie en een beperkte implementatiegraad. Behandelaren 'ROMmen' wel in hun dagelijkse zorgpraktijk, maar het gaat daarbij voor een aanzienlijk deel van hen alleen om het gebruik van de 'verplichte' ROM, een vorm van ROM waarvan relatief veel behandelaren aangeven dat die maar in beperkte mate ondersteuning biedt gedurende individuele behandeltrajecten.

De implementatiegraad varieert tussen zorgdomeinen, instellingen, vrijgevestigde praktijken en individuele behandelaren

Een derde conclusie die op basis van de enquêteresultaten kan worden getrokken is dat de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces varieert op verschillende niveaus:

- *Variatie op het niveau van zorgdomein (over instellingen heen)*
  De mate van implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk binnen instellingen is hoger voor de zorgdomeinen Volwassenen lang, Volwassenen kort en Verslaving in vergelijking met de zorgdomeinen Ouderen en Kinderen en jeugd.
- *Variatie op het niveau van instelling*
  Binnen de afzonderlijke zorgdomeinen verschillen instellingen wat betreft de implementatiegraad van ROM als ondersteuningsinstrument in het primaire proces.
- *Variatie op het niveau van vrijgevestigde praktijk*
  Tussen vrijgevestigde behandelaren die werkzaam zijn in verschillende solo- of groepspraktijken bestaat aanzienlijke variatie in de mate waarin zij aangeven dat ROM is geïmplementeerd als klinisch ondersteuningsinstrument.
- *Variatie op het niveau van de individuele behandelaar*
  Dit blijkt het duidelijkst wanneer gekeken wordt naar de behandelaren die werkzaam zijn in dezelfde instelling en in hetzelfde zorgdomein, en die dus te maken hebben met hetzelfde ROM-systeem bij dezelfde cliëntgroep. Desondanks bestaat ook

tussen deze behandelaren aanzienlijke variatie in de mate waarin zij aangeven dat ROM is geïmplementeerd ter ondersteuning van het primaire proces. Dit wordt bevestigd door de verdiepende interviews met behandelaren die werkzaam zijn bij dezelfde afdeling of in hetzelfde team van een instelling: de ene behandelaar vindt hun ROM-systeem meerwaarde hebben voor het primaire proces, terwijl de andere behandelaar hier minder enthousiast over is.

De variatie op verschillende niveaus wijst erop dat factoren gerelateerd aan zorgdomeinen, instellings- en praktijkfactoren, en behandelaarfactoren van invloed zijn op de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk. Het is niet helemaal duidelijk welke factoren de implementatiegraad beïnvloeden, temeer daar het onderzoek hier niet primair op was gericht. Uit de enquête blijkt dat op het niveau van de behandelaar verscheidene achtergrondkenmerken (o.a. beroepsgroep, omvang van aanstelling, leeftijd en geslacht) niet of weinig relevant zijn in dit opzicht. Blijkbaar spelen andere (niet-gemeten) factoren een rol. De verdiepende interviews wijzen onder andere op het belang van de attitude van de behandelaar ten aanzien van ROM en de mate waarin de behandelaar geschoold is in het gebruik van (uitkomsten van) vragenlijsten ter ondersteuning van de behandeling. Beïnvloedende factoren bij de implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk op het niveau van zorgdomein (over instellingen heen) en op het niveau van afzonderlijke instellingen of vrijgevestigde praktijken konden op basis van de enquête niet (goed) worden onderzocht. Uit de verdiepende interviews bij instellingen komt onder andere naar voren dat het belangrijk is dat het management het belang van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument uitdraagt en deze toepassing van ROM faciliteert.

6.2 Aanknopingspunten voor een betere implementatie

Indien het willen verhogen van de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk als uitgangspunt wordt genomen, kunnen hiervoor op basis van de uitkomsten van de enquête en de verdiepende interviews bij de praktijksituaties aanknopingspunten worden aangedragen. Hierbij is input gegeven door de begeleidingscommissie, waarmee niet gezegd wordt dat de hieronder geformuleerde aanknopingspunten per definitie door alle leden worden gedragen.

Niveau van het ROM-systeem: zorg voor een klinisch relevant en gebruiksvriendelijk ROM-systeem

Voor een betere implementatie van ROM ter ondersteuning van het primaire proces is het belangrijk dat instellingen en vrijgevestigde praktijken gebruik maken van ROM-systemen die zo goed mogelijk aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk voor de cliëntgroepen die zij bedienen. De volgende aspecten komen hierbij naar voren uit dit onderzoek:

- *Klinisch relevante vragenlijsten*
  Het ROM-systeem zou een aanbod aan vragenlijsten moeten omvatten die volgens behandelaren en cliënten geschikt en noodzakelijk zijn voor het ondersteunen van de behandeling. Algemeen gesteld zijn de generieke vragenlijsten die verplicht moeten worden afgenomen ten behoeve van benchmarking hiervoor niet altijd optimaal geschikt. Een ROM-systeem zou de mogelijkheid moeten bieden om aanvullende vragenlijsten te gebruiken. Het kan hierbij gaan om stoornisspecifieke vragenlijsten gericht op het meten van symptoomvermindering, vragenlijsten die andere uitkomsten meten, zoals herstel, welbevinden en kwaliteit van leven, en vragenlijsten die procesinformatie geven, zoals informatie over de motivatie of de verwachtingen van een cliënt, of de kwaliteit van de relatie tussen behandelaar en cliënt. Het kan behulpzaam zijn dat experts per zorgdomein in ruime zin aanbevelingen doen over welke vragenlijsten klinisch relevant zijn.
- *Klinisch relevante meetmomenten*
  Het ROM-systeem zou de mogelijkheid moeten bieden om vragenlijsten af te nemen op de momenten gedurende de behandeling waarop de behandelaar en cliënt dit van belang achten (bv. bij het evalueren van een behandelplan). De standaard meetmomenten van de ROM ten behoeve van benchmarking (aan het begin en einde van een behandeltraject[10]) hoeven niet de enige of de meest belangrijke momenten te zijn in de behandeling. De praktijksituaties bij vrijgevestigde behandelaren geven voorbeelden van vormen van 'continue monitoring', waarin per behandelsessie, of om de zoveel sessies, vragenlijsten worden afgenomen en besproken, en die gericht zijn op zowel de uitkomsten als het proces van de geboden zorg.
- *Hoge gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid*
  Het ROM-systeem zou gebruiksvriendelijk moeten zijn zodat de afname van vragenlijsten en het gebruik van de uitkomsten in de behandeling optimaal worden gefaciliteerd. Zo kunnen automatische reminders behandelaren helpen herinneren wanneer welke vragenlijsten zouden moeten worden afgenomen. Na het invullen van een vragenlijst zouden de scores snel en eenvoudig beschikbaar moeten zijn voor zowel de behandelaar als de cliënt (of diens vertegenwoordiger). Daarbij dienen de uitkomsten op een zodanige manier gepresenteerd te worden (bv. via aantrekkelijk vormgegeven grafieken) dat ze ook voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) goed te begrijpen zijn.

Het is goed denkbaar dat veel instellingen en vrijgevestigde praktijken vooralsnog hebben ingezet op een ROM-systeem waarmee in ieder geval de verplichte percentages benchmarkgegevens worden verzameld, om gemaakte afspraken met zorgverzekeraars na te kunnen komen. Om tot een klinisch relevantere ROM te komen is in deze gevallen een verrijking van het monitoringsysteem nodig in de zin van het kunnen afnemen van aanvullende vragenlijsten op aanvullende meetmomenten, en uitkomsten die laagdrempelig gebruikt kunnen worden tijdens individuele behandeling.

10 Of (half)jaarlijks vervolgmetingen in geval van langdurige zorgtrajecten.

In de begeleidingscommissie bestaat brede consensus om bij deze verrijking goed aan te sluiten bij de behoeften en wensen van cliënten(vertegenwoordigers) en behandelaren. De meningen zijn echter verdeeld over hoe deze verrijking verder gerealiseerd zou moeten worden. Een benadering is om de realisatie van een klinisch relevante(re) ROM te laten gebeuren middels de uitbouw of uitbreiding van de bestaande ROM-systematiek ten behoeve van benchmarking. Achterliggende overwegingen die hierbij genoemd worden zijn de beperkte financiële middelen van zorgaanbieders en de wenselijkheid om bij de toepassing van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument wel enige mate van landelijke afstemming te bewerkstelligen (zonder lokale of regionale variatie uit te willen sluiten). Een andere benadering die vanuit de begeleidingscommissie naar voren is gebracht betreft het op lokaal of regionaal niveau ontwikkelen c.q. implementeren van aparte ROM-systemen ter ondersteuning van het primaire proces, die geheel losstaan van het landelijk gestandaardiseerde monitoringsysteem ten behoeve van benchmarking. De achterliggende visie hierbij is dat ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en ROM als benchmark te verschillende doeleinden zouden dienen om met elkaar verenigd te worden in één en hetzelfde systeem. Bij beide benaderingen speelt de uitdaging om ervoor te waken dat cliënten en behandelaren niet te veel belast worden door de afname van een veelvoud aan vragenlijsten op verschillende meetmomenten.

Niveau van de cliënt: cliënten behoeven een goede uitleg over ROM als klinisch ondersteuningsinstrument, en een structurele en begrijpelijke terugkoppeling van de ROM-uitkomsten gedurende de behandeling

Uit de verdiepende interviews bij praktijksituaties komen diverse cliëntgerelateerde factoren naar voren die van belang zijn voor een succesvolle implementatie van ROM in het primaire proces, en die goed aansluiten bij de wensen van cliënten ten aanzien van ROM zoals geïnventariseerd door de LPGGz (Makkink & Kits, 2011). Cliënten zouden goed moeten worden geïnformeerd over wat ROM inhoudt, welke vragenlijsten worden afgenomen, en welke meerwaarde ROM kan hebben voor hun behandeling. Dit zal hun bereidheid om de vragenlijsten in te vullen waarschijnlijk verhogen. In potentie krijgen cliënten door ROM meer inzicht in het verloop van de behandeling en het herstel waardoor zij hierin meer zelf de regie kunnen voeren. Een voorwaarde hiervoor is wel dat behandelaren de uitkomsten van de vragenlijsten op structurele en begrijpelijke wijze terugkoppelen aan cliënten en met hen bespreken wat dit betekent voor de behandeling (waardoor ROM bijdraagt aan 'shared decision making'). Ook is het gebruik van vragenlijsten die procesinformatie geven van belang. Uit de interviews met cliënten komt bijvoorbeeld naar voren dat zij vragenlijsten over de kwaliteit van de behandelrelatie waarderen; het biedt ondersteuning om hun ervaringen in dit opzicht te bespreken met hun behandelaar. De eigen regie van cliënten zou verder vergroot kunnen worden door hen laagdrempelige toegang te geven tot hun ROM-scores, zoals bepleit door enkele geïnterviewde behandelaren.

Niveau van de behandelaar: behandelaren zouden het nut en gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten leren kennen en ervaren

Zowel uit de enquête als uit de verdiepende interviews komt naar de voren dat de kennis van behandelaren over hoe ROM te gebruiken gedurende de behandeling, en de meerwaarde hiervan, kan worden vergroot. Meer kennis zou de attitude van behandelaren ten aanzien van ROM positief kunnen beïnvloeden en eraan kunnen bijdragen dat zij de ROM-scores daadwerkelijk gebruiken en bespreken met cliënten gedurende de behandeling. Door het nut hiervan vervolgens zelf te ervaren, zou de attitude van behandelaren verder positief beïnvloed kunnen worden. Deskundigheidsbevordering kan plaatsvinden door het trainen en bijscholen van behandelaren en zou zich dienen te richten op meerdere aspecten waaronder: 1) het inzetten van de juiste vragenlijsten op de juiste momenten in de behandeling, 2) de interpretatie van de scores ter ondersteuning van individuele behandeltrajecten, 3) het bespreken van de uitkomsten met de cliënt voor gezamenlijke besluitvorming over het vervolg van de behandeling, en 4) het bespreken van scores in teamverband of intercollegiaal overleg, ook op geaggregeerd niveau, om de geboden zorg te verbeteren. Deze aspecten zouden ook onderdeel kunnen uitmaken van de opleiding van toekomstige behandelaren zodat zij vroeg vertrouwd en competent raken met ROM en hoe ROM ingezet kan worden als een ondersteuningsinstrument in het primaire proces.

Niveau van de organisatie: instellingen en vrijgevestigde groepspraktijken zouden het belang van een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten uitdragen en dit ook daadwerkelijk faciliteren

In de organisatie van instellingen en vrijgevestigde groepspraktijken zou meer aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling c.q. implementatie van klinisch relevante en gebruiksvriendelijke ROM-systemen voor de eigen cliëntgroepen. In de interviews worden verscheidene organisatorische aspecten genoemd die hierbij van belang zijn:

- Hanteer bij het ontwikkel- en implementatieproces een 'bottom-up' benadering in de zin dat cliënten(vertegenwoordigers) en behandelaren – als 'primaire' gebruikers van ROM – intensief betrokken zijn. Zij kunnen het beste aangeven welke vragenlijsten klinisch relevant en gebruiksvriendelijk zijn, wat belangrijke meetmomenten zijn in de behandeling, en aan welke eisen een ROM-systeem moet voldoen om gebruiksvriendelijk en toegankelijk te kunnen worden toegepast in het primaire proces.
- Investeer in deskundigheidsbevordering (via training, bijscholing, intervisie, etc.) van behandelaren zodat zij de benodigde kennis en vaardigheden hebben om ROM te gebruiken als klinisch ondersteuningsinstrument.
- Motiveer en ondersteun behandelaren om ROM te gebruiken ter ondersteuning van het primair proces. In de interviews worden hiervoor verschillende manieren aangedragen. Zo zou behandelaren voldoende tijd moeten worden geboden om de ROM-uitkomsten te kunnen interpreteren en te bespreken met cliënten tijdens de behandeling. Een ander punt dat naar voren wordt gebracht is dat het management van instellingen duidelijk zou moeten uitdragen dat ROM wordt toegepast ter ondersteuning van de behandeling, en niet alleen ten behoeve van benchmarking.

Ook het aanstellen van voortrekkers op behandelafdelingen kan behulpzaam zijn omdat zij kunnen fungeren als laagdrempelig aanspreekpunt en het gebruik van ROM ter ondersteuning van het primaire proces kunnen monitoren en begeleiden. Tot slot zou het gebruik van ROM-scores om vergelijkingen te maken tussen individuele behandelaren of behandelteams met als doel om hiervan te leren, dienen te gebeuren in een sfeer van vertrouwen, zonder afrekencultuur.

Ook het organiseren van onderlinge samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders wat betreft de ontwikkeling en implementatie van klinisch relevante en gebruiksvriendelijke ROM-systemen lijkt waardevol om van elkaar te leren en elkaar te inspireren. Daarbij kan het behulpzaam zijn om - zoals in het huidige onderzoek is gedaan op een aantal plekken - de opgedane kennis en ervaring bij instellingen en vrijgevestigde praktijken die vooroplopen wat betreft de implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument te verzamelen en te verspreiden. Dergelijke samenwerking en kennisuitwisseling vindt reeds plaats binnen bestaande ROM-samenwerkingsverbanden van instellingen.[11]

6.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Waarom is de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk binnen instellingen lager voor de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Ouderen dan voor de andere zorgdomeinen?

De bevinding dat – kijkend naar instellingen – de mate van implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument varieert afhankelijk van het zorgdomein (type cliëntgroep) is een bevinding die niet eerder gerapporteerd is. Eerdere Nederlandse studies naar beïnvloedende factoren bij de implementatie van ROM hebben vooral gekeken naar factoren gerelateerd aan het ROM-systeem, de behandelaar en de organisatie (o.a. Buwalda, 2013a; Buwalda e.a., 2013; De Jong e.a., 2012a&b; Nuijen e.a., 2012; Van Vugt en Van Vemde, 2013). De enquête en ook de verdiepende interviews geven geen goed zicht op waarom de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van het primaire proces in de zorgdomeinen Kinderen en jeugd en Ouderen lager is dan in de andere zorgdomeinen. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken welke factoren hier een rol bij spelen.

Inventariseren van het perspectief van cliënten

De enquête is gericht op het perspectief van behandelaren. Gemiddeld genomen geven zowel de behandelaren van instellingen als de vrijgevestigde behandelaren aan dat cliënten niet erg tevreden zijn over het gebruik van ROM-scores ter ondersteuning van de behandeling. Uit de verdiepende interviews met cliënten zelf komt echter een gunstiger beeld naar voren: de meeste geïnterviewde cliënten zijn positief over de

11 Voorbeelden zijn Synquest en RoQua.

meerwaarde van het gebruik van vragenlijsten, sommigen hebben hier geen duidelijke mening over. Wel moet hierbij bedacht worden dat het een niet representatieve groep geïnterviewde cliënten betreft. Zij werden namelijk geselecteerd door behandelaren of ROM-coördinatoren van instellingen of vrijgevestigde praktijken waar ROM verhoudingsgewijs goed geïmplementeerd is in de dagelijkse zorgpraktijk. Tot nu toe is er in Nederland weinig onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van cliënten. Een lokale studie liet zien dat ambulante cliënten met een depressieve stoornis of angststoornis – gemiddeld genomen – het gebruik van ROM in de behandeling positief waardeerden (Buwalda, 2013b). Het is wenselijk om landelijk representatief onderzoek uit te voeren onder verschillende cliëntgroepen naar de mate van tevredenheid van cliënten over het gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument, en op welke manieren deze tevredenheid volgens hen verhoogd kan worden.

Uitvoeren van een vervolgmeting

De resultaten van de enquête kunnen worden beschouwd als een landelijke nulmeting. Verwacht kan worden dat de komende jaren meer aandacht besteed gaat worden aan een betere implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument. Een voorbeeld hiervan is het recent gestarte project Doorbraak ROM[12], waarin teams van behandelaren van verschillende instellingen aan de slag zijn gegaan om ROM beter te implementeren in hun dagelijkse werk. Het lijkt waardevol om te zijner tijd een landelijke vervolgmeting uit te voeren om na te kunnen gaan of deze en vergelijkbare inspanningen het gewenste effect hebben gesorteerd.

12 Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen en GGZ Nederland.

Referenties

Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Tilburg, V. & Beekman, A.T.F. (red.) (2013). *Praktijkboek ROM in de GGZ II*. Utrecht: De Tijdstroom.

Buwalda, V.J.A. (2013a). Embedding Routine Outcome Monitoring in the operations and management of a care pathway for depression and anxiety. Case illustration and lessons learned in the Netherlands. In: V.J.A. Buwalda. *Routine Outcome Monitoring in Dutch psychiatry: Measurement instruments, implementation and outcome* (academisch proefschrift), pp. 97-113. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Buwalda, V.J.A. (2013b). Attitudes of patients and clinicians towards Routine Outcome Monitoring in clinical practice. In: V.J.A. Buwalda. *Routine Outcome Monitoring in Dutch psychiatry: Measurement instruments, implementation and outcome* (academisch proefschrift), pp. 143-169. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Jong, K. de (2012a). *A chance for change. Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care* (academisch proefschrift). Leiden: Universiteit van Leiden.

Jong, K. de (2012b). De rol van de behandelaar: de 'vergeten' factor in ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(2), 197-201.

Nuijen, J. & Wijngaarden, B. van (2012). Routine Outcome Monitoring in de geestelijke gezondheidszorg: een belofte voor de toekomst? In: J. Nuijen (red.). *Trendrapportage GGZ 2012. Naar transparante kwaliteitsinformatie*, pp. 61-92.

Makkink, S. & Kits, L. (2011). Cliënten – herstellen doe je zelf. In: S. van Hees, P. van der Vlist & N. Mulder (red.). *Van weten naar meten. ROM in de GGZ*, pp. 97-107. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Vugt, Y. van & Vemde, N. van (2013). ROM vraagt verandering van gedrag en cultuur. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 26-29.

Trimbos instituut



Routine Outcome Monitoring (ROM) is de afgelopen jaren breed ingevoerd in de GGZ. Hierbij is de nadruk komen te liggen op ROM ten behoeve van benchmarking en is verhoudingsgewijs minder aandacht besteed aan de primaire functie van ROM: het ondersteunen van individuele behandeltrajecten.

In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut daarom een landelijke enquête onder behandelaren uitgezet naar de implementatiegraad van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken. Daarnaast zijn praktijksituaties in instellingen en vrijgevestigde praktijken geïnventariseerd waar ROM relatief goed geïmplementeerd is als klinisch ondersteuningsinstrument. Hiervoor zijn behandelaren, cliënten(vertegenwoordigers), (team)managers en ROM-coördinatoren geïnterviewd.

In dit kernrapport wordt verslag gedaan van de hoofbevindingen van het onderzoek. Uit de enquête blijkt dat in het algemeen sprake is van een beperkte implementatiegraad van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument, zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde praktijken. Op basis van de uitkomsten van de enquête en de verdiepende interviews worden aanknopingspunten geformuleerd om ROM beter te implementeren als een instrument dat behandelaren en cliënten kan ondersteunen gedurende individuele behandeltrajecten.

Bij het kernrapport behoort een achtergrondrapport waarin gedetailleerd ingegaan wordt op de toegepaste onderzoeksmethoden en de resultaten van de enquête en de interviews bij praktijksituaties.

www.trimbos.nl